CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

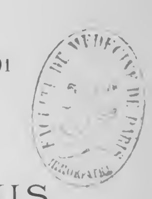
CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

DEUXIÈME SESSION

TENUE A LYON DU 3 AU 8 AOUT 1891



COMPTES RENDUS

PUBLIÉS

par le Dr Albert CARRIER

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS

LYON
A. STORCK, ÉDITEUR
78, rue de l'Hôtel-de-Ville

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
120, boulevard St-Germain

1892



DEUXIÈME CONGRÈS
DES
MEDECINS ALIENISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PRÉLIMINAIRES

(Extrait des procès-verbaux du Congrès de Rouen).

Séance du 8 août 1890.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BALL.

M. le Président propose de discuter la constitution du prochain Congrès national.

Il est décidé :

1° Qu'on ne s'annexera pas à l'association pour l'avancement des sciences ;

2° Que la réunion du prochain Congrès aura lieu l'année prochaine à Lyon ;

3° Que les aliénistes belges et suisses seront invités à prendre part au Congrès qui deviendrait ainsi un Congrès de langue française. Cette proposition est présentée par M. Lemoine, de Lille, et appuyée par M. Carrier, de Lyon, et M. Ball.

4° Que les membres du Bureau du Congrès de Rouen sont chargés de former, avec leurs confrères lyonnais, une commission provisoire pour l'organisation du Congrès de Lyon.

M. Sollier demande l'annexion de la neurologie à la psychiatrie.

M. Ball répond qu'il faut rester soi-même et la proposition est rejetée.

COMITÉ D'ORGANISATION

Conformément à ces décisions, les médecins aliénistes lyonnais se sont réunis le 16 octobre 1890 et ont nommé des délégués pour se mettre en rapport avec les membres du bureau du Congrès, et constituer avec eux la commission provisoire d'organisation.

Cette commission a décidé :

1° Que les questions mises à l'ordre du jour seraient les suivantes :

Pathologie mentale : du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale ;

Médecine légale : de la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs ,

Législation : de l'assistance des épileptiqnes.

2° Que pour chacune de ces questions un rapport serait imprimé et envoyé à chaque membre adhérent dans le mois qui précédera le Congrès, et que les rapporteurs seraient MM. Rousset, Henri Coutagne et A. Lacour.

3° Que la cotisation serait fixée à 20 francs.

4° Que M. Albert Carrier serait chargé, comme secrétaire de la commission, de réunir tous les documents relatifs à la session projetée.

5° Enfin, que les termes du réglement seraient les suivants :

Règlement.

Article premier. — Un congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer non seulement les médecins Français, mais aussi les médecins des pays de langue française.

La durée du congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le président du Bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance on procédera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire-général et de Secrétaires des séances.

On nommera également des Présidents d'honneur.

Art. 4. — Le Bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 5. — Les membres adhérents français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte-rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrées à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

Membres adhérents

MM. Adam (Aloyse), médecin en chef de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain).

Augagneur, professeur agrégé de la Faculté de médecine, à Lyon.

Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Audry, médecin des hôpitaux de Lyon.

Adam, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Albert, médecin principal de l'armée, à Lyon.

Ball, professeur de médecine mentale à la Faculté de médecine de Paris.

Ballet (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, à Paris.

Belle, médecin directeur de l'asile Sainte-Catherine-d'Yzeure, à Moulins (Allier).

Binet, médecin directeur de la maison de Champvert, à Lyon.

Blanche, membre de l'Académie de médecine, à Paris.

Bernard (Paul), médecin légiste à Lyon.

Bertoye, médecin de la maison du Verbe incarné, à Lyon.

Boiteux (G.), médecin adjoint de l'asile d'aliénés (colonie de Fitz-James), Clermont (Oise).

Boiron, médecin de l'asile de Vaugneray (Rhône).

Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Boubila, médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.

Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Boudrie, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, à Paris.

Bouteille, médecin directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

Cadéac, professeur à l'Ecole vétérinaire, à Lyon.

MM. CAMUSET, médecin directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
CARAYON, médecin-major de 1re classe, à Lyon.
CARRIER (Edouard), médecin en chef de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon.
CARRIER (Albert), médecin des hôpitaux de Lyon
CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.
CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre.
CHAUMIER, médecin adjoint des asiles, à Lyon.
CHAMBARD, médecin directeur de l'asile de Bourges (Cher).
COMBEMALE, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
CORDIER, chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.
COSTE DE LAGRAVE, médecin à Paris.
COURJON, médecin à Lyon.
COUTAGNE (Henri), médecin expert près les tribunaux de Lyon.
CULLERRE, médecin directeur de la Roche-sur-Yon (Vendée).
CHRISTIAN, médecin de la maison nationale de Charenton.
DOUTREBENTE, médecin directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Cher).
DUFOUR, médecin directeur de l'asile Saint-Robert, à Saint-Egrève (Isère).
DAUBY, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).
DUFÈTRE (Georges), administrateur des hôpitaux de Lyon.
DENY, médecin de l'hospice de Bicêtre.
DUBOIS (Raphaël), professeur à la Faculté des sciences de Lyon.
DUPAIN, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).
FALRET (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris.
FRIESE, médecin directeur de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne).
FEA, médecin à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône).
FRÉCON, médecin à Vienne (Isère).
FETSCHERIN, médecin de la Métairie à Nyons (Suisse).
GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police, à Paris.
GIRAUD (Albert), médecin directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
GOUJON, sénateur à Paris.

MM. Gallopain (Clovis), médecin directeur de l'asile de Fains (Meuse).

Garel, médecin des hôpitaux de Lyon.

Guyot, médecin directeur de l'asile de Chalons-sur-Marne (Marne).

Hospital. médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Hanot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Icard, médecin à Lyon.

Joffroy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Jomard, médecin à Beaujeu (Rhône).

Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Lacour, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.

Louis, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).

Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Levrat, chirurgien de l'hospice de la Charité, à Lyon.

Lande, médecin à Bordeaux (Gironde).

Long (E.), visiteur honoraire de la maison cantonale à Genève (Suisse).

Ladame (Paul), privat-docent à l'Université de Genève (Suisse).

Lavirotte, médecin à Lyon.

Leriche, médecin à Mâcon (Saône-et-Loire).

Meunier (Albin), médecin à Lyon.

Mabille, médecin directeur de l'asile de Lafond-lès-la-Rochelle (Charente-Inférieure).

Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Malfilatre, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

Meuriot, médecin de maison de santé privée à Paris.

Mordret, médecin directeur de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe).

Motet, médecin de la maison d'éducation correctionnelle et d'un établissement privé pour les aliénés, à Paris.

Max-Simon, inspecteur du département du Rhône, à Lyon.

Mairet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Meilhon, médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne).

Mouisset, médecin des hôpitaux de Lyon.

MM. Marie, médecin adjoint de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne).

Martin (J.), visiteur honoraire de la maison cantonale à Genève (Suisse).

Marois, membre du bureau médical de l'asile de Québec (Canada).

Marduel, médecin à Lyon.

Mathieu, médecin à Hauteville (Ain).

Mendelsshon, médecin à Saint-Pétersbourg (Russie).

Olivier, médecin adjoint de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon.

Parant, médecin d'une maison de santé privée à Toulouse (Haute-Garonne).

Picard, médecin d'une maison de santé privée à Jarville (Meurthe-et-Moselle).

Pierret. professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Perret (Simon), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Régis (Emmanuel), médecin directeur de la maison de santé de Castel-d'Andorte, le Bouscat (Gironde).

Rey (Ch.), médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

Rist, médecin d'une maison de santé privée à Versailles.

Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton.

Riu, médecin en chef du quartier d'aliénés d'Orléans (Loiret).

Rouillard, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

Roussel (Th.), sénateur, membre de l'Académie de médecine de Paris.

Rousset, médecin adjoint de l'asile de Bron, à Lyon.

Rouby, médecin d'une maison de santé privée à Dôle (Jura).

Rebatel, président du conseil général du Rhône, médecin à Lyon.

Renaut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Roque, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Rougier, médecin à Lyon.

Royet, chef de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.

Sabran, président du conseil d'administration des hôpitaux de Lyon,

MM. Saury, médecin directeur de la maison de santé de Suresnes (Seine).

Strauss, professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Tournaire, médecin de l'asile d'épileptiques de la Teppe, à Tain (Drôme).

Taty, médecin à Chessy-les-Mines (Rhône).

Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Tokarsky, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou (Russie).

Terver, médecin à Ecully (Rhône).

Voisin (Auguste), médecin de la Salpêtrière, à Paris.

Viry, sous-directeur de l'école de santé militaire de Lyon.

Vallée, superintendant de l'asile d'aliénés de Québec (Canada).

Vétault (Victor), médecin adjoint d'une maison de santé, à Paris.

Viennois, médecin à Lyon.

Weill, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

COMPOSITION DU BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. J. FALRET.
BALL.
CHARCOT.
Théophile ROUSSEL, sénateur.
MONOD, directeur de l'Assistance publique.
RIVAUD, préfet du Rhône.
GAILLETON. maire de Lyon.

Président :

M. BOUCHEREAU, de Paris.

Vice-Présidents :

MM. LADAME, de Genève.
MAIRET, de Montpellier.
CAMUSET, de Bonneval.
PIERRET, de Lyon.

Secrétaire général :

M. Albert CARRIER, de Lyon.

Secrétaires des séances :

MM. WEILL, ROUSSET, ROYET, et MARIE.

RAPPORTS

SUR LES

QUESTIONS DU PROGRAMME

PREMIÈRE QUESTION

DU ROLE DE L'ALCOOLISME
DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Rapport par le Dr ROUSSET

Médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Bron.

> « L'histoire des causes, dans une maladie quelconque, est beaucoup plus obscure qu'on ne l'imagine communément ».
>
> Calmeil. *De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826, p. 370.

Actuellement, en pathologie mentale, les questions étiologiques de la paralysie générale paraissent être à l'ordre du jour, et les cliniciens dirigent plus volontiers leurs investigations sur les causes pathogéniques de cette terrible affection, à pronostic si sombre, dont les progrès vont toujours grandissant et qui n'est pas encore bien connue dans son essence. On a tracé de remarquables tableaux cliniques, on a décrit de nombreux cas anormaux. on a trouvé, dit notre maitre M. le professeur Pierret, que l'on pouvait bâtir des édifices moins vastes que l'ancien, mais mieux distribués et plus commodes, on a force dessins de lésions nerveuses, tant macroscopiques que microscopiques, trouvées aux autopsies; et cependant le côté étiologique de la question n'est pas encore réellement élucidé. « Les causes des maladies mentales, dit M. Christian (1), sont toujours complexes et multiples, même dans les cas en apparence les plus simples. C'est à déterminer l'élément étiologique *essentiel* que se réduit le problème ».

(1) Christian. Arch. neurologie, septembre 1889, p. 207.

A vrai dire, il y a une circonstance, qui, en l'espèce, peut paraître banale, mais qui augmente singulièrement l'obscurité étiologique de la méningo-encéphalite: c'est que, la plupart du temps, les renseignements fournis par les familles sur les antécédents héréditaires et personnels des paralytiques sont vagues, incertains, contradictoires, et, par cela même, ne sont pas rigoureusement exacts. Dans la clinique ordinaire, les malades lucides, ayant conservé la mémoire, fournissent eux-mêmes les indications nécessaires, et encore, cela n'est pas toujours vrai pour la pratique hospitalière. « Laissez-moi vous dire, à ce propos, dit M. Lancereaux (1) dans une de ses cliniques de l'hôpital de la Pitié, que vous ne devez accorder que peu de créance aux déclarations des malades pour asseoir votre diagnostic d'intoxication alcoolique. Le plus souvent, de la part des femmes notamment, vous vous heurterez aux dénégations les plus formelles : pleurs, reproches, injures même, rien ne vous sera épargné si vous demandez d'emblée à une femme la quantité et la qualité des liquides qu'elle absorbe. D'autres fois, vous serez induits en erreur par excès opposé. Cette fois, ce sont des hommes qui par forfanterie doubleront, s'ils ne l'augmentent pas davantage, la quantité des liquides absorbés ».

A l'asile, aucune lumière n'est à espérer du paralytique; ses amis, qui l'accompagnent, connaissent vaguement ses excès d'autrefois, mais décrivent avec force détails ses extravagances d'aujourd'hui; on se heurte souvent à la mauvaise foi des parents, qui répondent qu'ils ne se souviennent pas, que le malade n'a pas toujours vécu avec eux, etc. Pour ce qui concerne les excès de boissons, il est très difficile de savoir au juste le *degré d'alcoolisme*. On répond à nos questions : « Il aimait bien à prendre un verre, il s'enivrait quelquefois ». Peut-on qualifier cela d'alcoolisme chronique? « La détermination de la quantité de boisson nécessaire à chaque individu pour amener chez lui les manifestations de l'alcoolisme chronique est toujours chose délicate: il n'est pas moins difficile d'assigner une limite à l'espace de temps qui s'écoule depuis les premiers excès jusqu'à l'apparition des premiers accidents. Il existe, sous tous ces rapports, des différences notables tenant à la qualité des boissons, à la profession, au climat, à l'état constitutionnel des buveurs et à une foule d'autres circonstances ». (Lancereaux) (2).

(1) Lancereaux. Gaz. Hopit. (13 août 1889).
(2) Lancereaux. Art. alcoolisme. (Dict. Dechambre, p. 682).

Il est certain, que chez la plupart de nos malades, d'autres causes concourent, en même temps que l'alcool, au développement de la paralysie générale. La prédisposition héréditaire, notamment, ce facteur qui domine tous les autres comme cause efficiente, nous est souvent cachée par les familles, qui s'empressent de mettre sur le compte des seuls excès alcooliques ce ce qui devrait plutôt être attribué à une tare cérébrale. Les héréditaires sont, en effet, de véritables *sensitives* vis-à-vis de l'alcool, et, plus particulièrement, les héréditaires congestifs qui boivent sont, pour la plus grande part, des candidats à la paralysie générale. Il est donc de la plus haute importance, dans les cas de méningo-encéphalite avec suspicion d'alcoolisme, de rechercher l'hérédité qui, lorsqu'elle existe, contribue puissamment à étayer le diagnostic.

En dernier lieu, un certain nombre d'aliénés paralytiques, amenés par la police ou venant de la prison, nous arrivent sans renseignements, souvent sans certificat médical. Le médecin est donc réduit à baser son diagnostic sur les symptômes existant au moment de l'entrée, et ne peut reconnaitre l'influence alcoolique que s'il trouve pour s'éclairer quelques stigmates d'intoxication (tremblement musculaire, hallucinations spéciales). Mais ces stigmates n'existent pas toujours bien nettement, surtout chez nos malades du Rhône où l'alcoolisme franc, indubitable, à caractères cliniques évidents n'est pas très commun ; et, quand ces signes toxiques ne sont pas absolument typiques, il faut pour les reconnaître une pratique journalière et une expérience spéciale.

La conséquence de cet état de choses, qui a existé de tout temps, et qui existe encore aujourd'hui, mais avec plus de contrôle scientifique, c'est que, dans cette question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il y a beaucoup de fausses interprétations et de nombreuses causes d'erreur difficiles à éviter : c'est ce qui explique clairement la multiplicité des controverses et des opinions émises, que nous allons passer en revue. En disant avec MM. Christian et Ritti que l'étiologie de la paralysie générale, malgré les documents accumulés, est encore le chapitre le plus obscur de son histoire, nous répéterons après Lasègue, cet éminent clinicien : « l'élément alcoolique, dans la paralysie générale, il est encore plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. »

I

HISTORIQUE

En lisant les travaux antérieurs à l'ouvrage de Magnus Huss (1852) qui traitent de l'alcoolisme dans son rôle étiologique de la méningo-encéphalite, on ne voit aucune ligne de démarcation, il y a une sorte de chaos clinique : les excès alcooliques sont une des causes les plus fréquentes de la paralysie générale de même que l'alcoolisme chronique se termine le plus ordinairement par la démence paralytique.

Sans remonter à Haslam et à Willis, qui n'ont fait qu'entrevoir l'existence propre de la maladie, le premier observateur français de la paralysie générale, Esquirol(1), dit, en parlant de la Russie, « qu'il n'est pas rare d'y rencontrer des hommes éminents par leur rang, par leur fortune, leur savoir, qui, parvenus à un certain âge, se livrent à l'abus de boissons fortes et tombent dans la démence, compliquée de paralysie et de tremblement. » Or chacun sait que par *démence* avec *paralysie* et *tremblement*, Esquirol entendait à cette époque la paralysie générale. Plus loin, parlant de femmes arrivées à l'époque de la ménopause, il ajoute : « Elles contractent l'habitude de l'ivresse, elles tombent dans le délire, qui est ordinairement chronique, incurable, qui offre tous les caractères de la démence, souvent avec tremblement, plus souvent avec paralysie ». Esquirol avait aussi remarqué cette dipsomanie de la période prodromique: « l'abus des liqueurs alcooliques et les excès amoureux de quelques individus ne sont pas toujours la cause, mais sont quelquefois les premiers symptômes de la folie qui se déclare ». L'abus du vin, des liqueurs, produit sans doute un grand nombre d'aliénations, mais il ajoute qu'il a observé des cas où les malades ne se livraient aux excès de boisson que sous l'influence de l'aliénation. Il va plus loin et signale un cas dans lequel cette impulsion s'était produite par la *démence* avec *paralysie.*

(1) Esquirol. Dict. des Sc. médicales. 1814 (t. VIII, t. XVI). — Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico légal, 1838.

Bayle et Calmeil, qui, par leurs travaux ouvrirent une nouvelle phase de l'histoire de la paralysie générale, font jouer à l'alcoolisme une influence absolument prépondérante dans l'étiologie et le développement de la méningo-encéphalite. Bayle dit que l'ivresse qui deviendrait permanente ne serait autre que l'aliénation paralytique. Calmeil (1), sur 62 cas de paralysie générale observés chez les aliénés et ayant donné lieu à la mort, en note 17 évidemment produits par des excès de boissons alcooliques, soit 27,42 p. 100, proportion énorme pour une époque (1826) où les abus de boissons fortes, et plus particulièrement l'abus de l'eau-de-vie, étaient peu répandus en France.

Royer-Collard (2) dans sa thèse de concours sur l'usage et l'abus de boissons fermentées, admet aussi « que l'homme qui continue à boire finit également par tomber dans la démence et la paralysie ». Dans le passage suivant il est plus précis : « Une terminaison cruelle et très commune en pareil cas est celle qui constitue la paralysie des aliénés, si bien décrite et expliquée par Calmeil » et, dans les quelques lignes qui suivent, Royer-Collard nous dit encore avec non moins de précision : « Les symptômes de cette affection (alcoolisme chronique) se calment, pour l'ordinaire, avec une certaine facilité, au moins une première, une deuxième fois ; mais le cerveau peut être pris d'inflammation aussitôt que le délire éclate, et la paralysie générale s'établir dès lors sans offrir aucune intermission ».

Scipion Pinel, dans son traité de Pathologie cérébrale (3), s'exprime ainsi et expose d'une façon positive l'influence de l'hérédité congestive qui pèse d'un si grand poids dans la genèse de la méningo-encéphalite. « Quant aux causes de la cérébrite paralytique, nous n'en avons constaté que trois bien positives : en première ligne, l'abus des boissons alcooliques, puis les chagrins et la misère, et enfin la prédisposition héréditaire qui résume, à elle seule, toutes les causes dans cette maladie comme dans les autres ».

Marcel (4) (thèse, Paris, 1847) regarde la paralysie générale

(1) Calmeil. Paralysie générale des aliénés, 1826.

(2) Royer-Collard. De l'usage et de l'abus des boissons fermentées. (Thèse pour le concours d'agrégation d'hygiène, Paris, 1838).

(3) Scipion Pinel. Traité de pathologie cérébrale ou des maladies du cerveau, 1844.

(4) Marcel. De la folie par l'abus des boissons alcooliques, (thèse, Paris 1847, n° 18).

comme une terminaison de l'alcoolisme. Enfin, avant d'arriver aux travaux de Magnus Huss, Bouillaud écrit dans son traité de Nosographie médicale (1845) : « Lorsque, de simple irritation, la lésion combinée du cerveau et du cervelet produite par l'abus des boissons spiritueuses passe à l'état d'inflammation réelle, affectant une marche plus ou moins chronique, au tremblement général succède *cette paralysie générale* spéciale sur laquelle M. Calmeil a publié une excellente monographie ».

En 1852, l'apparition de l'ouvrage de Magnus Huss (1), vient éclairer d'un nouveau jour les rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale, qui, jusqu'alors avaient été confondus, ou dont au moins les caractères différentiels n'avaient pas été suffisamment reconnus et analysés. Jusqu'à cette époque, les auteurs, que nous venons de passer en revue, avaient regardé les excès alcooliques comme une des causes principales de la paralysie générale; mais à partir de ce moment, on devient moins unanimement affirmatif; on cherche à établir une différence entre la paralysie générale ordinaire et la paralysie générale produite par l'alcool : la méningo-encéphalite et l'alcoolisme apparaissent comme deux entités parfaitement distinctes, qui diffèrent l'une de l'autre par leurs lésions anatomiques, par leurs symptômes, et par leurs terminaisons.

Lasègue (2), (de l'Alcoolisme chronique envisagé dans ses rapports avec la paralysie générale), dès l'année suivante, fait un diagnostic magistral de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale, mais sans insister sur les liens de cause à effet qui peuvent unir les deux maladies. A peu près à la même époque, M. Falret (3), dans une monographie remarquable et qui fait époque dans l'histoire de la paralysie générale, s'étend sur ce fait que cette maladie s'accompagne à son début de symptômes d'alcoolisme, eu égard aux habitudes des malades. Comme Lasègue il établit une différence entre les paralysies alcooliques et la folie paralytique. « En effet, elles sont intermittentes, guérissent souvent rapidement par la simple privation de boissons, ne se reproduisent que sous l'influence de nouveaux abus, enfin ne conduisent pas fatalement dans un temps donné à l'incurabi-

(1) Huss (Magnus), Chronische alcools Krankheiten oder alcoolis chronicus, Stockholm, 1852.

(2) Lasègue. Arch. gén. de médecine (5e série, 1853, tome 1).

(3) J. Falret. Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales (Th. Paris, 1853).

lité et à la mort. » Mais il ne montre pas nettement, ce qu'admet Reber (1), la paralysie générale succédant nettement à l'alcoolisme.

En 1859, Morel, de Saint-Yon (2), ne montre nulle part la paralysie générale comme une conséquence de l'alcoolisme; mais il *établit avec soin* le diagnostic entre ces deux affections; et, à plusieurs reprises, il signale, comme cause d'erreur, la fréquence des excès alcooliques chez les paralytiques généraux, sous l'influence du début de leur maladie.

D'autre part, et en même temps, Thomeuf, Motet, Contesse s'efforcent de démontrer par des statistiques minutieuses la grande proportion des alcooliques parmi les paralytiques généraux.

Thomeuf (3) en trouve 34 sur 102.

Motet (4) en trouve 21 sur 115.

Pour Contesse (5), sur 1343 cas la proportion s'élève à 10 pour 100.

Marcé (*Traité pratique de maladies mentales*, 1872, p. 475 et 622) assigne, parmi les causes occasionnelles de la paralysie générale, une place importante aux excès alcooliques; « une fois qu'elle est entrée dans son complet développement, elle (la paralysie générale alcoolique) ne diffère en aucune façon de la paralysie générale due à d'autres causes; les lésions anatomiques, les symptômes, la marche, la terminaison sont exactement semblables. » En outre, pour Marcé, la paralysie générale peut parfaitement succéder à l'alcoolisme chronique : « Au bout d'une ou deux rechutes, les malades continuent à se livrer aux mêmes excès, deviennent décidément paralytiques après être restés dans une situation intermédiaire dont les limites restent quelque temps douteuses. »

Lagardelle (6), entrant dans les mêmes vues que MM. Thomeuf, Contesse, Motet, affirme que l'alcoolisme n'est qu'une cause bien démontrée et extrêmement fréquente de la paralysie générale.

(1) Reber, De l'alcoolisme chronique (Thèse, Paris 1853).

(2) Morel, Traite des maladies mentales, 1859.

(3) Thomeuf, Essai clinique sur l'alcoolisme (Th. Paris, 1859).

(4) Motet, Considérations générales sur l'alcoolisme (Th. Paris, 1859).

(5) Contesse, Etude sur l'alcoolisme et sur l'étiologie de la paralysie générale (Th. Paris, 1862).

(6) Lagardelle. Considérations sur l'étiologie de la paralysie générale progressive (Th. Paris, 1865).

« On ne doit pas confondre, dit-il, l'alcoolisme chronique avec la paralysie générale propre, puisque l'une de ces maladies n'est que la conséquence plus ou moins éloignée de l'autre. Lorsqu'un malade est atteint d'alcoolisme chronique depuis un certain temps, il arrive un moment où il présente des symptômes nouveaux, symptômes graves, caractéristiques de la paralysie générale, alors on peut dire que ce malade est paralytique. »

Jusqu'à présent la paralysie générale avait été considérée par les cliniciens comme une entité morbide; *la forme type*, décrite par Bayle et Calmeil avait toujours prévalu et persisté dans son unité, malgré le dualisme d'Esquirol et de ses disciples, malgré les derniers travaux de Lasègue et de Falret. Le mot de pseudo-paralysie générale n'avait pas encore été prononcé. Pourtant, sans avoir posé la question des pseudo-paralysies générales, Westphal (1) l'entrevit : il établit qu'on rencontre des malades qui offrent les symptômes psychiques, de la paralysie générale et qui meurent sans avoir présenté aucun trouble de la mobilité. D'autres présentent tous les troubles musculaires de la méningo-encéphalite, et voient ces symptômes s'amender et même disparaître entièrement. Ces faits constituent ce qu'il appelle la *paralysie générale latente*.

Il était réservé aux cas de paralysie générale, d'origine alcoolique, de donner l'éveil aux observateurs et de leur fournir l'occasion de créer une nouvelle forme morbide. Nasse (2) est le premier qui ait, sinon prononcé (3), du moins justifié ce mot de pseudo-paralysie générale alcoolique. Cet auteur allemand se montre très surpris de ces guérisons qui lui imposent à l'avenir de ne plus porter aucun diagnostic de paralysie générale tant qu'il n'aura pas constaté *les troubles du langage* qu'il considère comme le plus important des signes paralytiques; il s'est cru autorisé à admettre, pour les cas qu'il avait observés, la dénomi-

(1) Westphal. Ueber den gegenwærtigen Standpuntk der Kenntnisse von der Allgemeinen progressiven Paralyse der Iren. (Archiv für Psychiatrie. Berlin, 1868).

(2) Nasse, Irrenfreund 1870 (n° 7).

(3) Les docteurs Aubanel et Sauze (de Marseille), dans les *Ann. méd. psych.* juillet 1858, à propos d'une observation de cancer du cervelet ayant simulé une paralysie générale, *prononcent le mot de pseudo-paralysie générale* ; « ce sont, disent-ils, des paralysies consécutives qui présentent bien de l'analogie avec la paralysie générale des adultes, mais qui en diffèrent, et par la nature des lésions cérébrales, et par la physionomie spéciale des phénomènes paralytiques. »

nation de *pseudo-paralysis e potu*, et par suite, un pronostic plus favorable, lorsque les symptômes de la paralysie générale se développent sur le terrain de l'alcool.

A partir de ce moment, on voit se former deux courants et se dessiner deux opinions différentes sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Les uns, considérant toujours les nombreux points de ressemblance qui rapprochent ces deux états, s'appuyant sur l'autorité de leurs devanciers, sur des observations isolées et des statistiques, admettent l'alcoolisme comme une des causes principales de la paralysie générale ou font de l'alcoolisme chronique une terminaison assez commune de la paralysie générale. Les autres, observant à chaque instant des cas semblables à ceux de Nasse, frappés surtout par les différences que l'observation nous a appris à connaître entre leurs symptômes, leur marche, leur gravité et même les lésions anatomiques qui les accompagnent, accordent à l'alcoolisme le pouvoir de produire de toutes pièces non la paralysie générale, mais un état spécial présentant des caractères particuliers, *pseudo-paralysie alcoolique*, empruntant plus ou moins complètement le masque de la paralysie générale *véritable*, réelle, tout en s'en séparant assez pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection. Mais avant que la scission ne soit complète, avant que les pseudo-paralysies générales aient pu conquérir, comme aujourd'hui, une place à part dans la classification des maladies mentales, on voit se dérouler une période de quinze ans, pendant laquelle les auteurs, qui étudient successivement l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, considèrent son rôle à des points de vue différents et émettent des opinions absolument divergentes.

Dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux en avril 1870, M. Luys, affirme que, dans l'étiologie de la paralysie générale, les excès alcooliques ne sont que des causes secondaires, chez des individus qui sont prédisposés par l'évolution spontanée des tissus à contracter la maladie et qui, par cela même, suivant une heureuse expression de Lasègue, « sont inconsciemment en quête d'une occasion quelconque susceptible de déterminer leur chute. »

Le docteur Drouet (1), en 1871, conclut, à la suite de trente-quatre observations, en disant que l'alcoolisme chronique et la

(1) Drouet. Etude clinique sur le diagnostic de la paralysie générale (Ann. Méd. Psych. 1871).

paralysie générale ne sont en réalité qu'une seule et même maladie dont les différents éléments présentent des différences d'intensité et de gravité. « A notre avis, dit-il, les observateurs se trouvent en face de deux variétés d'une maladie unique à laquelle ils donnent des noms différents suivant la prédominance de tels ou tels symptômes, et même suivant l'importance plus ou moins grande qu'ils attachent à son étiologie. » Dans les cas d'intensité ou de gravité minimes, ajoute-t-il, on a affaire à de l'alcoolisme chronique, dans les cas contraires, c'est de la paralysie générale.

M. Dagonet (1) publie dans les *Annales médico-psychologiques* de mars et mai 1873, un mémoire sur l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale; et, résumant succintement les considérations qui se rattachent à la paralysie générale dans ses rapports avec l'alcoolisme, dit: « Cette redoutable affection peut certainement être une conséquence des excès alcooliques; les faits de ce côté ne laissent aucune espèce de doute... Nous croyons qu'il existe, pour la paralysie générale, dans la grande majorité des cas, une prédisposition particulière et qu'elle se développe indépendamment de toute cause déterminante. On n'en doit pas moins admettre que les excès alcooliques peuvent amener cette prédisposition en provoquant des accès répétés de congestion cérébrale. » Et plus loin, « la paralysie générale alcoolique paraît avoir une marche plus rapidement progressive et semble déterminer un trouble des facultés plus profond. »

Nous arrivons maintenant aux travaux de M. Magnan et de ses élèves. M. Magnan a étudié d'une façon toute spéciale les questions relatives à l'alcoolisme. En 1873 (2) il publie dans la *Revue scientifique* un article, dans lequel il émet cette opinion que l'alcoolisme chronique peut, du moins, pour un bon nombre de cas, être considéré comme la cause première de la paralysie générale. « Sous l'influence de l'alcool, dit-il dans cette leçon faite à l'Asile Saint-Anne, un double processus s'est développé; l'organisme dans son entier a été frappé, comme on l'a dit, d'une vieillesse précoce, et a subi la dégénérescence graisseuse; mais la stéatose n'est pas seule; avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose) qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique. Selon la prédominance dans les centres nerveux, de l'une

(1) Dagonet. De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale (Ann. med. psych. mars et mai, 1873)

(2) Magnan. Revue scientifique. (N° 36, 8 mars 1873).

ou de l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome) ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse.) »

Les docteurs Gambus (1) et Lolliot (2), élèves de M. Magnan, étudient et exposent avec plus de détails que Marcé les caractères spéciaux et surtout la marche de la paralysie générale alcoolique. Ils arrivent à tirer les conclusions suivantes : 1° Les excès alcooliques peuvent être cause de paralysie générale. 2° Le délire alcoolique apparait tout d'abord, puis se montre une deuxième période ou période de transition, qui n'est qu'un mélange des deux maladies, alcoolisme et folie paralytique. Cette période de transition présente une durée très variable et impossible à déterminer. 3° Dans une troisième période, les symptômes de l'alcoolisme tendent à disparaître, masqués qu'ils sont par les signes progressivement plus apparents de la paralysie générale, qui, dans certains cas, finit même par exister seule.

Bouchoir (3) ne croit pas que l'alcoolisme seul, sans prédisposition bien marquée du sujet, puisse conduire à la paralysie générale. « Les excès alcooliques plus ou moins répétés d'un homme sans prédisposition, le conduisent tout droit à l'alcoolisme, entité morbide bien définie, et dont le délire particulier, avec ses hallucinations spéciales, son tremblement aussi caractéristique que son bégaiement, diffère essentiellement de celui que nous rencontrons dans la paralysie générale. D'autre part M. Burlureaux (4) croit que les excès d'alcool sont une cause prédisposante de la méningo-encéphalite en agissant sur le cerveau de deux façons : 1° en produisant des poussées congestives répétées; 2° en altérant les vaisseaux cérébraux.

Le remarquable travail de M. Magnan (5), couronné par l'Académie de médecine en 1874, confirme, mais alors par des observations détaillées et bien choisies, ses découvertes antérieures et les thèses de ses élèves. Il admet l'influence progressive des

(1) Gambus de l'alcoolisme chronique, terminé par la paralysie générale (Th. Paris 1873).

(2) Lolliot, Gaz. Hôpitaux (6 et 13 septembre 1873).

(3) Bouchoir. Considerations étiologiques, cliniques et médico-légales sur la folie paralytique (Th. Paris 1874).

(4) Burlureaux. Considérations sur le siège, la nature, les causes de la folie paralytique (Th. Paris 1874).

(5) Magnan. De l'alcoolisme, des diverses formes du delire alcoolique et de leur traitement (Prix Civrieux concours 1872).

excès de boissons dans le développement de la paralysie générale et l'acheminement dans certains cas de l'alcoolisme vers la paralysie : « le passage, dit-il, ne se fait pas d'un seul coup, il y a une période intermédiaire, période de transition, quelquefois très longue, difficile à bien déterminer et qui tient en suspens le diagnostic. On trouve, à l'autopsie, la traduction anatomique, à la fois, de l'intoxication alcoolique chronique et de la paralysie générale. »

Foville (1), dans son article du Dictionnaire de Jaccoud, fait une large part au rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la méningo-encéphalite, en s'exprimant ainsi : « On ne saurait nier, à notre avis, que les excès alcooliques ne soient une cause très active, la plus fréquente de toutes, dirons-nous, de la paralysie générale. Cette opinion a rencontré des adversaires, et l'on a même prétendu qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'alcoolisme et la paralysie générale. Rien ne nous paraît moins exact. »

Nous arrivons maintenant à cette période où l'origine exclusivement alcoolique de la paralysie générale est singulièrement restreinte. L'observation clinique plus scientifique et plus rigoureuse, en révélant chaque jour les cas de guérison signalés autrefois par Nasse, tend à établir que l'intoxication alcoolique n'a aucune influence sur le développement de la paralysie générale.

Millet (2), après avoir fait remarquer le peu de concordance des statistiques fournies par Calmeil, Thomeuf et Contesse, leur reproche de ne pas avoir comparé la fréquence des antécédents alcooliques chez les aliénés paralytiques d'une part, et d'autre part chez les aliénés non paralytiques : Sur 68 paralytiques, dit-il, il y a 25 alcooliques, soit 37 %; sur 69 aliénés non paralytiques il y a 37 alcooliques, soit 53 %. Il conclut que les antécédents alcooliques sont moins fréquents chez les paralytiques que chez les autres aliénés, que les excès de boissons ne sont pas ordinairement la cause du développement de la paralysie générale et que l'on doit chercher ailleurs les causes de cette maladie.

Moreaux (3) envisage la question à un autre point de vue. A la suite de nombreuses observations, il constate que la marche de

(1) Foville. — Art. Paralysie Générale du Dict. de Médecine et de chirurgie pratique (t. xxvi, 1878).

(2) Millet. — De l'influence étiologique de l'alcoolisme sur la paralysie générale progressive (Th. Paris 1880).

(3) Moreaux. — Marche de la paralysie générale chez les alcooliques (Th. Paris 1881)

la paralysie générale chez les alcooliques est absolument différente de la marche de la paralysie générale classique ; et ce qui l'en distingue, c'est que chez la première les rémissions sont à la fois plus fréquentes, plus complètes et plus franches que dans les cas ordinaires. Cette différence est très importante, suivant l'auteur, mais elle ne suffit pas à elle seule pour prouver qu'il n'existe réellement pas de paralysie générale alcoolique.

M. le professeur Ball (1) admet que l'alcoolisme conduit à un genre particulier d'aliénation mentale, dont on ne saurait nier la fréquence et la gravité, mais il n'engendre pas, comme on l'a faussement prétendu, la paralysie générale. Il n'y a pas de corrélation directe de cause à effet entre ces deux maladies, comme l'ont soutenu Esquirol, Bayle, Calmeil et Marcé ; on doit donc combattre l'exagération qui accorde à l'alcoolisme une importance absolument prépondérante parmi les causes de la paralysie générale.

L'opinion de M. Ball fit des adeptes et eut à partir de ce moment de sérieux défenseurs parmi ses élèves.

Lacaille, (2) contrairement à l'opinion des anciens auteurs qui considéraient l'alcoolisme comme la cause la plus puissante et la plus fréquente de la paralysie générale, pense que l'alcoolisme est incapable d'engendrer de toutes pièces la paralysie générale, si ce n'est exceptionnellement, et que les cas actuellement considérés comme constituant la véritable paralysie générale alcoolique ne sont pas à proprement parler des cas de paralysie générale, mais méritent le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Le Dr Régis, (3) observa plusieurs cas probants qui lui avaient montré que des alcooliques, considérés et certifiés par les cliniciens les plus éminents comme atteints de paralysie générale, guérissaient à plusieurs reprises de cette soi-disant paralysie générale, qu'en outre, chose plus importante encore, lorsque des alcooliques ainsi considérés comme atteints de paralysie générale, venaient à mourir, soit dans le marasme, soit emportés par une attaque apoplectique, on ne rencontrait point à l'autopsie les lésions de la paralysie générale, mais des lésions circonscrites avec des altérations purement vasculaires ; il arriva

(1) Ball. — Leçons sur les maladies mentales (Paris 1880-1883).

(2) Lacaille. — De la pseudo-paralysie générale alcoolique (Th. Paris 1881).

(3) Régis — Existence de tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale chez un alcoolique chronique, sans aucune lésion de paralysie générale à l'autopsie. (Ann. Méd Psych. t. vi p. 236, 1881). — Un cas remarquable de pseudo-paralysie générale alcoolique. (Encéphale 1883, p. 91).

donc à admettre que l'alcool, comme le plomb, ne produit pas la paralysie générale vraie, mais une pseudo-paralysie générale ou la folie paralytique de Baillarger.

La réaction produite par ces théories nouvelles sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, théories déjà entrevues par Nasse, Falret, etc..., fut très vive, et certains cliniciens protestèrent hautement contre l'envahissement dans la pathologie mentale de toutes ces pseudo-paralysies générales. Dans la séance du 30 juillet 1883, à la société Médico-Psychologique, à une demande de M. Legrand du Saulle, M. Magnan répond qu'il n'admet absolument pas la pseudo-paralysie générale alcoolique. « Le terme, dit-il, n'a pour moi aucune raison d'être. Il y a en effet nombre d'alcooliques qui deviennent paralytiques généraux, l'alcool ayant déterminé en ces cas le processus de la prolifération conjonctive, comme en d'autres cas il amène la dégénérescence athéromateuse. »

M. Camuset (1) affirme qu'on est allé trop loin dans la réaction en ce qui concerne l'intoxication alcoolique ; sur un terrain préparé, l'alcoolisme peut parfaitement faire éclore la paralysie générale, il admet bien la pseudo-paralysie générale alcoolique mais il la considère plutôt comme une simple *curiosité clinique* que comme une variété de l'alcoolisme.

Frigerio (2) établit un parallèle clinique, statistique et anatomo-pathologique entre la folie paralytique et la folie alcoolique, et fait jouer un grand rôle aux excès alcooliques dans l'étiologie de la paralysie générale ; mais il croit que tout en admettant un certain degré de ressemblance entre les deux affections, on n'est pas suffisamment fondé à créer une nouvelle forme morbide intermédiaire, la pseudo-paralysie générale alcoolique, laquelle, outre qu'elle ne présenterait aucun avantage au point de vue clinique, aurait l'inconvénient de contribuer à accroître la confusion dans la classification des maladies mentales.

M. Aug. Voisin (3) n'est pas de l'avis de M. Magnan et de ses élèves. « Plusieurs auteurs, dit-il, et des plus recommandables, ont admis un rapport étroit de cause à effet entre l'alcoolisme chro-

(1) CAMUSET. — Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique, (Ann. Méd. Psych., septembre 1883).

(2) FRIGERIO. — Frenosi alcoolica e frenosi paralitica. (Arch. ital. per le malatie nervose 1883).

(3) A. VOISIN. Leçons cliniques sur les maladies mentales (Paris 1883). — Ann. Médic. Psych. (année 1872, p. 255).

nique et la paralysie générale, de telle sorte qu'un cas d'alcoolisme chronique, présentant les signes principaux de la paralysie générale, ne serait en réalité qu'une paralysie générale de nature alcoolique ne différant pas de la méningo-encéphalite diffuse habituelle. Marcé a proclamé cette opinion qui a été défendue par le docteur Alfred Fournier (1). J'ai vu Baillarger lui-même entraîné *par cette idée fausse* ». Déjà, en 1872, M. Voisin ayant fait l'autopsie de plusieurs paralytiques alcooliques, et n'ayant point rencontré chez eux les altérations particulières de la méningo-encéphalite, n'admettait pas de paralysie générale d'origine alcoolique : il concluait (et son opinion était corroborée par M. Delasiauve), que l'alcoolisme conduisait à des lésions dégénératives, la paralysie générale à des lésions inflammatoires, deux états morbides absolument dissemblables.

En 1884, paraît dans le Dictionnaire de Dechambre l'intéressant article « Paralysie générale » de MM. Christian et Ritti (2), qui semble résumer, à cette époque, tous les travaux et toutes les théories ayant trait à la méningo encéphalite. A propos du point litigieux qui nous concerne, pour eux, « la question est singulièrement complexe ; l'intoxication par l'alcool produit un ensemble symptômatique presque identique à celui qu'on observe dans la période d'excitation de la paralysie générale. Il y a donc là une cause de confusion évidente ». Quelques années après, ces deux auteurs reviennent séparément sur le chapitre étiologique assez obscur de la paralysie générale. Dans les Archives de Neurologie (1887), le Dr Christian (3) avoue qu'il est resté très sceptique à l'endroit de cette cause (les excès alcooliques), que beaucoup d'auteurs, et des plus recommandables, n'hésitent pas à considérer comme prépondérante. « Je demeure convaincu, ajoute-t-il, que l'alcoolisme n'est que très rarement la cause de la paralysie générale. »

Un an après, dans la Gazette Hebdomadaire, le Dr Ritti (4), au sujet du rôle étiologique de l'alcoolisme sur la genèse de la méningo-encéphalite, adopte identiquement les idées de son collègue de Charenton.

(1) A. Fournier. Dic. de Jaccoud. Art. « Alcoolisme ».

(2) Christian et Ritti. Art. Paralysie générale. Dict. encyclop. des Sc. Méd. (2e série, t. XX, 2e partie ; t. XXI, 1re partie).

(3) Christian. Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme. (Archiv. de Neurologie, 1887, n° 41).

(4) Ritti. Etiologie de la paralysie générale. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. (N° 43, 23 octobre 1888).

M. Taguet (1) est moins sceptique que MM. Christian et Ritti, et « par suite de la congestion habituelle qu'il détermine, il lui paraît hors de doute que l'alcoolisme ne puisse conduire à la paralysie générale. » Mais sur le terrain clinique, il s'empresse de faire des restrictions, et il ajoute : « Ce serait une erreur que de croire que cette dernière affection est consécutive à la première, lorsque leurs symptômes se rencontrent chez le même individu. Ne sait-on pas, en effet, que les excès de toute nature, et parmi eux, les excès alcooliques et vénériens constituent fréquemment des phénomènes précurseurs de la paralysie générale ? »

Dans ses Etudes médicales, Lasègue (2), revenant, avec des aperçus nouveaux, sur cette question de *la Paralysie Générale Progressive*, qu'il avait déjà traitée en 1853 dans sa thèse d'Agrégation, pose à chaque pas des points douteux de diagnostic différentiel, étiologique et symptômatique, qu'il tranche avec un bon sens clinique remarquable. Dans un certain passage, il se laisse aller à cet aveu, précieux à enregistrer de la part de cet éminent observateur : « l'élément alcoolique, dans la paralysie générale, il est plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. »

Dans une thèse, inspirée par M. le professeur Pierret, le docteur Blache (3), marchant sur les traces de MM. Ball et Régis, s'attache à démontrer que les causes considérées jusqu'à ce jour comme les facteurs les plus importants de la paralysie générale (alcoolisme, saturnisme, syphilis) n'ont, en réalité, qu'une action des plus secondaires sur son développement, et engendrent un état cérébral particulier, *pseudo-paralysie générale*. « Dans la paralysie générale vraie, on ne trouve, dit-il, que rarement des excès alcooliques dans les antécédents des malades; s'ils en ont commis quelques-uns, un examen attentif fait découvrir que c'est sous l'influence de la maladie commençante. »

A propos d'un cas de pseudo-paralysie générale alcoolique, M. le Dr Rousseau (4), médecin de l'asile d'Auxerre, admet la marche régressive des symptômes, chaque fois que la paralysie générale se rattache à une cause bien déterminée (*alcoolisme*, syphilis, etc.); mais il émet une opinion tout à fait personnelle en ajoutant :

(1) Taguet. Des effets de l'alcoolisme sur l'individu et sa descendance (Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux. N° 35, 31 août 1884).

(2) Lasègue. Etudes médicales, 1884, t. 1.

(3) Blache. Essai sur les pseudo-paralysies générales. Th. Lyon 1881.

(4) Rousseau. Encéphale, 1887, p. 345.

« La pseudo-paralysie générale alcoolique constitue, dans la grande majorité des cas, une affection de courte durée, et facilement curable, mais elle peut aussi s'organiser d'une façon définitive et revêtir une gravité égale à celle de la paralysie générale. »

En 1888, M. le Dr Rouillard (1), publie dans la Gazette des Hôpitaux un article, qui, venant après les travaux de MM. Ball, Régis, Lacaille et Blache, résume les opinions émises par ces auteurs sur les pseudo-paralysies générales. Parlant de l'influence étiologique de l'alcool dans la paralysie générale, il dit avec une certaine vérité : « Si quelques alcooliques sont devenus paralytiques généraux véritablement, ce n'est pas une raison pour dire que l'alcool mène à la paralysie générale. C'est raisonner comme les gens du monde et souscrire un peu trop à l'adage, *post hoc ergo propter hoc*. » Et plus loin, après avoir établi un tableau clinique où les paralytiques généraux vrais ne présentent dans leurs antécédents que des excès alcooliques récents, et seulement durant la période prodromique, tandis que les pseudo-paralytiques alcooliques ont toujours commis des excès anciens et souvent répétés, il est moins affirmatif que M. Rousseau en disant : « Quelques auteurs admettent que la pseudo-paralysie générale alcoolique pourrait se transformer en paralysie générale vraie ; ceci est loin d'être prouvé. »

Les deux thèses de MM. Arnaud (2) et Bassin (3) reflètent les idées de M. Magnan. La paralysie générale, dit le premier, résulte du surmenage en général, mais peut être aussi l'aboutissant de l'alcoolisme chronique. M. Bassin présente des conclusions plus fermes. « Dès qu'elle est confirmée, la paralysie générale de nature alcoolique ne diffère en rien, ni par ses symptômes, ni par son pronostic de celles qui sont dues à d'autres causes. Il n'y a pas de pseudo-paralysie générale alcoolique, ce n'est qu'une seule et même entité morbide, quelle qu'en soit l'origine ». M. Evrard (4) établit un moyen terme entre les deux opinions, entre les partisans et les adversaires des pseudo-paralysies générales alcooliques, et admet que si l'alcool est impuissant à

(1) Rouillard. Gazette des hôpitaux, 7 juillet 1888.

(2) Arnaud : Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, th. Paris, 1888.

(3) Bassin : Recherches cliniques sur l'alcoolisme tendant à la démence, th. Paris, 1888.

(4) Evrard : Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive, th. Paris, 1889.

créer la paralysie générale, personne ne conteste que, sur un terrain préparé, il peut la faire éclore.

Nous arrivons enfin aux derniers Congrès de Médecine mentale (Paris 1889 et Rouen 1890) où cette question du rôle de l'étiologie dans la paralysie générale a été posée et discutée par d'éminents contradicteurs. Dans la séance du 8 août 1889 du Congrès international de Paris, M. P. Garnier, après avoir lu un travail sur la progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie générale, après avoir établi une comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de ces deux formes d'aliénation mentale, conclut que, dans la solidarité de leur marche envahissante, paraît clairement se traduire l'influence nocivement étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle. Après une discussion où prirent part MM. Ball, Taguet, Régis, Rouillard et Semal, la question resta pendante. Au Congrès national de Médecine mentale de Rouen, M. le Dr Maxime Dubuisson, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares, communique ses recherches sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale; sa statistique, avec tableau graphique, portant sur 1574 paralytiques généraux entrés à Quatre-Mares de 1853 à 1889, montre l'action prépondérante de l'alcoolisme sur le développement de la méningo-encéphalite.

Telle est, aussi complète que nous avons pu la faire, la revue des nombreux travaux publiés sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Cet historique nous a paru indispensable et constitue, selon nous, la partie la plus importante de notre rapport, parce qu'il met bien en relief toutes les opinions émises avant et après Magnus Huss, et prouve combien est grande encore la confusion qui règne sur la question.

En somme, jusqu'en 1850, tous les auteurs regardent les excès alcooliques comme une des causes principales de la méningo-encéphalite. Mais, à partir de ce moment, on voit se dessiner des opinions bien variées, qui peuvent, en réalité, être ramenées à quatre principales :

1° Quelques cliniciens, les moins nombreux, ne reconnaissent pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et croient, comme autrefois, que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques.

2° D'autres refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale, et pensent que ce que l'on appelle la paralysie générale alcoolique n'est, au fond, qu'un état cérébral

particulier, qu'ils appellent pseudo-paralysie générale alcoolique, empruntant le masque de la méningo-encéphalite, mais s'en séparant assez par la marche, la gravité et même les lésions anatomiques pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection.

3° D'autres établissent une distinction très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale; ils admettent une paralysie générale de nature alcoolique, pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique.

4° Les derniers, faisant preuve de plus de circonspection et d'éclectisme, considèrent l'alcoolisme comme une cause purement occasionnelle, agissant presque toujours sur un terrain prédisposé antérieurement.

II

Excès alcooliques de la période prodromique de la paralysie générale. Géographie médicale de l'alcoolisme et de paralysie générale. Extraits du Rapport de M. Claude (des Vosges).

L'alcoolisme est, sans contredit, un des facteurs pathogéniques les plus puissants ; sa place dans l'étiologie générale des maladies mentales est bien marquée, et les délires symptomatiques de l'intoxication alcoolique que l'on observe dans les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire de persécution), sont frappés d'une empreinte caractéristique, d'un cachet spécial de spécificité qui permet au clinicien de les différencier. Mais quand on examine les rapports étiologiques de l'alcoolisme et de la paralysie générale, la question devient plus complexe. « S'il est difficile, dit Lasègue, de distinguer la paralysie générale de l'alcoolisme lorsque ces deux maladies sont à l'état de simplicité, la tâche devient bien plus délicate encore lorsqu'elles se compliquent l'une et l'autre. Les paralytiques généraux agités se mettent souvent à boire. »

Il y a en effet, dans la période prodromique de la paralysie générale, période de *dynamie fonctionnelle* bien décrite par le Dr Régis, un état d'hyperactivité cérébrale qui pousse les malades à tous les excès, et plus particulièrement aux excès alcooliques. Ils s'imaginent alors de multiplier leurs fatigues en entretenant une

excitation artificielle. C'est ainsi qu'on voit des hommes, occupant une situation élevée et recommandable, ordinairement sobres, présenter tout d'un coup des habitudes d'ivrognerie et donner les plus grandes inquiétudes à une famille, qui ne voit pas là le premier effet de la maladie. Il y a là un point important sur lequel le clinicien devra être absolument éclairé ; et en cela, il ne sera souvent pas aidé par l'entourage, par les parents, qui diront même au médecin, dans les cas de ce genre, que la cause de tout le mal est un changement dans la conduite, ne voyant pas que, dans l'espèce, les excès alcooliques sont *un effet* et non une cause.

Cette dipsomanie d'origine paralytique, qui a été parfaitement mise en relief par MM. Legrand du Saulle, Ball, Christian, Ritti, Régis, etc., présente souvent une durée assez longue de plusieurs mois ; aussi semble-t-il qu'elle ait pu induire en erreur les anciens auteurs, dont les statistiques attribuent une trop large part à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Ainsi, sur 62 observations de paralysie générale ayant occasionné la mort, Calmeil note 17 cas d'origine alcoolique. Sur 102 cas Thomeuf en note 34. D'après Contesse dont les observations ont porté sur 1343 cas, la proportion s'élèverait à 10 0/0, et encore, dit-il, ce chiffre lui parait être au-dessous de la vérité. Il est fort probable que, dans ces diverses statistiques, on n'a pas nettement établi les relations de cause à effet qui relient les deux affections, et qu'on a pas suffisamment tenu compte de ce fait : que, dans un certain nombre de cas, à la période prodromique de la paralysie générale, et sous l'influence de cette maladie à son début, alors qu'elle n'est encore pour ainsi dire qu'*à l'état latent*, se manifestent des impulsions qui poussent le malade aux excès alcooliques.

En dehors de cette dipsomanie, qui ne doit pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la paralysie générale, qui, à vrai dire, ne joue qu'un rôle de trompe-l'œil et qui, chez un certain nombre de malades, peut être élucidée, il y a des cas où l'obscurité est plus complète, où le diagnostic est des plus difficiles et doit être suspendu, dans l'attente des phénomènes ultérieurs. Prenons un exemple clinique qui peut se présenter tous les jours dans un asile. Un malade est admis sans renseignements, présentant des troubles somatiques communs au délire alcoolique et à la période d'excitation maniaque de la paralysie générale ; à cela viennent s'ajouter des idées de grandeur et de satisfaction, ainsi que des hallucinations vagues de la vue. Est-ce un paralytique général au début ? Est-ce un alcoolisant vulgaire ? Chez l'alcoolique, dit

Mr Legrain (1), l'idée ambitieuse est une floraison inaccoutumée, c'est un incident anormal ; d'un autre côté, il n'y a pas, ou c'est l'extrême exception, d'hallucinations dans la paralysie générale. « C'est là, dit Lasègue (2), une question presque insoluble à l'hôpital, plus facile à résoudre pour les malades que vous verrez au milieu de la famille, et sur les antécédents desquels vous pourrez être renseignés. »

Mais ne poussons pas plus loin cette digression clinique, faite sur cette période de début de la paralysie générale, période dans laquelle l'élément alcoolique joue un rôle souvent difficile à déterminer et soulève les plus grands problèmes au point de vue diagnostique.

L'alcoolisme est-il un facteur étiologique de la paralysie générale, et s'il en est facteur, en est-il un facteur prépondérant? Peut-on dire avec Renaudin (3) que c'est dans la classe des ivrognes que se recrute principalement la paralysie générale, avec Bayle que l'ivresse, qui serait permanente, n'est autre que l'aliénation paralytique ? Est-on en droit d'affirmer, comme le docteur Drouet (4), que l'alcoolisme chronique et la paralysie générale ne sont qu'une seule et même maladie, n'ayant que des différences d'intensité et de gravité ? On serait presque tenté d'être très affirmatif, en lisant les derniers travaux qui ont paru sur la question. Au Congrès international de médecine mentale de Paris (août 1889), M. le Dr P. Garnier, après avoir démontré que la folie avait augmenté de 1872 à 1888 de 30 0/0 environ, ajoutait que l'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années était le fait de deux types morbides dont la fréquence est sensiblement progressive : la folie alcoolique et la paralysie générale, les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire chronique ou psychose systématiquement progressive) restant de leur côté absolument stationnaires. Pour M. Garnier, la comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de l'alcoolisme et de la paralysie générale suffit à établir que leur progression si rapide est nettement corrélative, et lui fait conclure de leur marche envahissante à l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle chronique. Sur de pareilles raisons, il y a certainement un peu de

(1) Legrain. Hérédité et alcoolisme, Paris 1889.

(2) Lasègue. Loc. cit. p. 884.

(3) Renaudin. Ann. Méd. psych., 1849.

(4) Drouet. Loc. cit.

témérité de conclure à une relation de cause à effet. Ne peut-il pas y avoir un parallélisme entre deux maladies sans que l'une soit la cause de l'autre ; de ce que deux maux ont une marche parallèlement croissante, est-on en droit de conclure à une influence étiologique, à une relation causale de l'un par rapport à l'autre ? La syphilis, prenant actuellement un développement considérable, si, dans un certain laps de temps, l'on assiste dans un asile à l'internement d'une série de paralytiques généraux présentant des antécédents spécifiques, serait-on en droit d'attribuer seulement aux progrès de la syphilis l'accroissement de la paralysie générale ?

Au dernier Congrès de Rouen, M. le Dr M. Dubuisson, communiquant le résultat de ses recherches à l'asile de Quatre-Mares sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale, constate l'augmentation de la méningo-encéphalite, et attribue la principale cause de cette augmentation à l'alcoolisme. Les investigations ont porté sur une période de trente-six années de 1853 à 1889. Il faut dire en passant, et c'est ce que constate M. Dubuisson, que l'asile de Quatre-Mares est on ne peut mieux favorisé sous le rapport des documents cliniques, puisque les observations médicales, conservées et reliées chaque année, forment des collections que l'on peut certes consulter avec le plus grand intérêt. Sur 1574 paralysés généraux, M. Dubuisson note 745 cas où la cause présumée a été l'alcoolisme ; la proportion est, on le voit, considérable. Mais il est bon de remarquer que l'abus des boissons alcooliques est très répandu dans la ville de Rouen et dans la Normandie. Déjà en 1865, Lancereaux (1) disait à ce propos : « Le mal augmente-t-il chaque jour ? Je le crois, et cela parce que la consommation de l'alcool suit une progression constante, comme le démontrent les relevés de l'octroi de la ville. Il se débite à Rouen, dit M. Jules Simon (*l'Ouvrière*, Paris, 1861, p 730), dans l'espace d'une année, cinq millions de litres d'eau-de-vie, outre le cidre, le vin et la bière ». Dans son rapport de 1887, M. Claude (des Vosges) constate que la Normandie, où l'on distille une grande quantité d'eau-de-vie de cidre, de poiré et de betterave, est une des contrées où l'alcoolisme exerce les plus grands ravages, et l'asile de Quatre-Mares tient le premier rang parmi ceux dans lesquels la proportion d'alcooliques est la plus forte : 40,34 sur 100 entrées en 1884 (tableau n° 30).

(1) Lancereaux. Dict. de Dechambre. Art. alcoolisme.

La statistique de M. Dubuisson, qui nous donne pour le département de la Seine-Inférieure un *percentum* si élevé d'alcooliques paralytiques, et qui trouve son explication dans les travaux anciens de MM. Leudet, Lancereaux et J. Simon et dans le rapport plus récent de M. Claude, nous conduit naturellement à quelques considérations sur la *géographie médicale* de l'alcoolisme et de la méningo-encéphalite, considérations qui doivent prendre place dans le débat. Les auteurs (Ball, Régis), qui vont à l'encontre des opinions de MM. Garnier et Dubuisson, et qui combattent vivement l'influence de l'alcool comme facteur étiologique de la paralysie générale, établissent leurs assertions de la façon suivante : S'il est vrai, disent-ils, que l'alcool est une cause de paralysie générale on ne peut plus puissante, il semble que l'on doive s'attendre à voir atteints de cette affection de préférence les pays les plus affligés par le mal alcool. Or, suivant M. Ball, les contrées où l'on boit le plus (Suède, Danemarck, Ecosse, Irlande) sont les moins atteintes par la paralysie générale. M. Isaac Ashe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Londonderry, que cite M. Rouillard (1), constate que la folie paralytique est fort rare dans son pays. Elle est totalement inconnue à Belfast, ville de 200.000 habitants, et où il se consomme énormément d'alcool. Le directeur de l'asile de Dublin affirmait à M. Ball ne connaître la paralysie générale que par la description des auteurs, n'en ayant vu que 4 à 5 cas dans sa longue carrière ; et pourtant l'Irlande est un pays éminemment alcoolique. Une note sur le service des aliénés en Norwège pendant 1879 (Ann. Méd. Psych.) constate que la méningo-encéphalite est extrêmement rare dans ce pays. Ce fait, ajoute-t-on, est d'autant plus digne de remarque que les excès alcooliques et la consommation des eaux-de-vie de pommes de terre et de grains sont une des plaies sociales de la Norwège. N'est ce pas d'ailleurs dans un pays scandinave voisin, la Suède, que Magnus Huss a recueilli les éléments de son ouvrage sur l'alcoolisme chronique ?

Ce sont là évidemment des faits incontestables, fondés sur des statistiques et des observations cliniques de plusieurs années. Mais d'autre part n'est-il pas vrai de dire que les populations du Midi (Italie, Grèce, Espagne), en général sobres, nous donnent aussi peu de paralytiques généraux. Les aliénistes italiens appellent la paralysie générale « *la maladie française* » et se dé-

(1) Rouillard. Loc. cit.

fendent d'en observer jamais dans leur propre pays, mais ils inscrivent « *arachnitis chronique* » à la porte de leurs sections de paralytiques, en empruntant ainsi l'expression de Bayle pour les besoins de leur cause. D'autre part, c'est sans doute en raison de cette sobriété habituelle des Italiens que M. Frigerio, alors vice-directeur du manicome de Pesaro, n'hésita pas à donner une grande importance aux excès alcooliques dans l'étiologie des paralytiques généraux qu'il observait et qui lui paraissaient plus ou moins teintés d'éthylisme. Il est encore une population du Midi, les Arabes, que la prohibition des boissons alcooliques, érigée en loi sacrée par le Coran, semble avoir préservée de la paralysie générale : dans un article récent, M. le Dr Meilhon (2), médecin-adjoint de l'asile d'Aix-en-Provence, n'a observé pendant une période de trente années, c'est-à-dire du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1889, sur 498 Arabes admis à l'asile, que 13 paraissant pouvoir être considérés comme atteints de paralysie générale, soit une proportion de 2,61 0/0 sur la totalité des entrées.

Ces considérations ethnographiques générales, dont il ressort que l'alcool, absorbé en grande quantité par les gens du Nord n'engendre pas plus la paralysie générale que chez les gens du Midi, qui en consomment relativement peu, ne peuvent à notre avis donner lieu à des conclusions, qui seraient par trop vagues et par trop absolues. Au-dessus de la question de territoire, au-dessus de la question de pays, il y a quelque chose de plus large, il y a quelque chose de plus important, de plus actif, c'est l'influence du milieu, c'est l'influence des excitations extérieures qui sont des éléments puissants d'excitation intellectuelle. Cette forme d'alcoolisme des gens du Nord, qui fournit un contingent si faible de paralytiques généraux, diffère essentiellement de celle que nous voyons journellement en France dans nos grands centres industriels et ouvriers. « Magnus Huss, dit Lasègue, (3) avait pour sujet d'observation des gens vivant de poisson et de pommes de terre, le plus souvent enfermés à cause du froid excessif, buvant de mauvaise eau-de-vie de grains ou de pommes de terre, mais ne faisant pas de débauche. » Ces ivrognes passifs et torpides, chez lesquels l'alcoolisme marche tranquillement, insi-

(1) Frigerio Loc. cit.

(2) Meilhon. Ann. méd. psych. mai-juin 1891.

(3) Lasègue, Loc. cit.

dieusement, graduellement, diffèrent complètement des ivrognes de nos climats tempérés qui procèdent par accès, et chez lesquels des excitations physiques et morales, des dépravations intellectuelles viennent compliquer l'intoxication alcoolique.

En poursuivant notre incursion sur le terrain géographique et étiologique, il nous a paru intéressant, pour ce qui concerne la France, de consulter le très remarquable rapport déposé sur le bureau du Sénat le 7 février 1887 par M. Claude (1) (des Vosges), et qui réunit des extraits de chacun des rapports demandés aux médecins en chef de tous les asiles des départements sur la question de l'alcoolisme en face de l'aliénation mentale. En ce qui concerne le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de paralysie générale, certains de ces extraits contiennent des appréciations personnelles qu'il est bon de reproduire.

« Pendant une période de 25 ans (1861 à 1885), dit M. le médecin en chef de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), les cas de folie alcoolique et paralytique (la paralysie générale progressive reconnaissant le plus souvent l'abus de l'alcool comme cause déterminante) se sont accrus d'une manière sensible; et c'est ainsi qu'en 1878 nous comptions à l'asile de Braqueville 61 paralytiques des deux sexes, tandis qu'en 1883 le nombre s'est élevé à 73. »

« En résumé, conclut le médecin en chef de l'asile de Rennes (Ile-et-Vilaine), les statistiques du département démontrent que l'alcoolisme et la paralysie générale qui tient souvent à la même cause, n'ont fait que progresser pendant ces vingt-cinq dernières années. » Le médecin en chef de l'asile de Marseille, dans un tableau qui présente, sous une forme synoptique, la distribution des formes mentales relevant de l'alcoolisme, note 37 cas de paralysie générale sur 216 aliénés ayant de l'alcoolisme dans leurs antécédents. Le médecin en chef de l'asile de Lafond (Charente Inférieure) constate le parallèlisme stationnaire des deux affections; après avoir fait le dénombrement des aliénés alcooliques, admis comme paralytiques de 1871 à 1885, il s'exprime ainsi : « Ce tableau peut entrer en ligne de compte dans la discussion sur les rapports entre la paralysie générale et l'alcoolisme, question, qui, à mon avis, est loin d'être résolue. Il s'ensuit que la paralysie générale, affection rare dans la Charente-Inférieure, n'a pas plus augmenté que le nombre des folies alcooliques. »

M. le médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe) présente les

(1) Claude (des Vosges). Rapport sur l'alcoolisme présenté au Sénat (Session ord. février 1887).

considérations suivantes : « J'ai cru remarquer que l'une des formes les plus fréquentes que prenait la folie chez les alcooliques était la forme paralytiqne générale. C'est d'abord assez souvent une folie congestive qui se déclare, assez semblable dans ses manifestations symptomatologiques à la paralysie générale vraie, mais qui guérit. Puis le malade reprenant ses habitudes d'intempérance, ne tarde guère à éprouver une deuxième, une troisième atteinte... Il est alors devenu un paralytique général vrai et ne guérit plus. L'alcoolisme, celui qui est chronique surtout, doit être, je crois, considéré comme l'une des causes les plus efficaces de la paralysie générale. »

Notre ancien maître, M. le Dr Max Simon, médecin en chef de la section des hommes à l'asile de Bron, constate que « si les excès alcooliques sont une cause extrêmement fréquente d'aliénation mentale, il s'en faut de beaucoup que les cas relevant de cette influence s'offrent toujours sous la forme de la folie ébrieuse proprement dite. Toutes les aliénations peuvent reconnaître ces excès comme cause déterminante ; mais la paralysie générale est certainement, à l'asile de Bron, l'affection à propos de laquelle l'abus des boissons alcooliques est le plus fréquemment relevé. »

Le médecin en chef de l'asile d'Alençon (Orne) affirme très catégoriquement l'influence étiologique de l'alcool. « Presque tous les sujets, dit-il, ayant fait abus de ces liqueurs (absinthe, bitters divers, menthes, vulnéraires) ont offert à mon observation des troubles nerveux plus accusés, et, malgré des assertions contraires, je les considère comme un des facteurs les plus importants de la paralysie générale, principalement chez la femme. »

D'autre part, le médecin de l'Asile d'Armentières (Nord) est beaucoup moins affirmatif et semble émettre un avis diamétralement opposé : « On admet généralement que la cause la plus ordinaire de la paralysie générale progressive réside dans l'abus des alcools. Or, sur un total de deux cent deux aliénés paralytiques reçus pendant les cinq dernières années, 12 seulement sont signalés comme devant leur affection à des excès de ce genre. »

Ces quelques lignes, tirées des extraits du rapport de M. Claude, reproduisent à merveille et presque exactement la plupart des opinions divergentes, exposées par les différents auteurs anciens et modernes, que nous avons passées en revue dans notre historique, opinions que nous avons ramenées à quatre courants prin-

cipaux. Les idées émises par chacun de ces médecins en chef relativement au rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale, peuvent, prises séparément, être classées dans l'un de ces quatre groupes principaux; chacun d'eux suivant évidemment un chemin tracé par l'observation clinique personnelle, semble faire partie d'une école et suivre une doctrine spéciale.

De cette divergence d'opinions, de ce défaut d'entente, il en résulte qu'au point de vue étiologique, l'alcoolisme dans ses rapports avec le méningo-encéphalite a fait peu de progrès; il semble, en effet, que, depuis Bayle et Calmeil, le chemin parcouru ne soit pas bien grand. On a établi, il est vrai, d'une façon positive, une ligne de démarcation bien nette, au point de vue symptomatique et clinique, entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, mais rien de plus; et les questions de cause à effet entre ces deux affections sont, comme on vient d'en juger par les différents rapports de 1887, diversement appréciées et attendent encore une solution qu'il sera certes difficile de dégager de la multiplicité des facteurs étiologiques, invoqués tour à tour comme prépondérants dans l'éclosion de la paralysie générale.

III

Buveurs non prédisposés. — Alcooliques vésaniques, cérébraux, arthritiques. — Pseudo-paralysie générale alcoolique.

« L'alcool, a dit avec raison M. Féré (1) est la pierre de touche de l'équilibre des fonctions cérébrales. » Il donne naissance, suivant qu'il agit sur des cerveaux sains ou prédisposés, d'une façon rapide ou à la longue, à des séries de formes morbides bien différentes.

Les buveurs non prédisposés résistent au point de vue cérébral merveilleusement à l'alcool; ils ne sont frappés de folie alcoolique que lentement, et après avoir parcouru tous les degrés de l'ivrognerie. Ce sont ordinairement des candidats à l'artériosclérose, qui amène chez eux les rétractions cirrhotiques du foie, des reins, frappant un ou plusieurs organes ensemble, effleurant

(1) Féré. La famille névropathique, in Arch. de Neurologie, 1884.

seulement les autres, suivant le *locus minoris resistentiæ* ; mais ils ne fabriquent que très rarement la paralysie générale. Il y a actuellement à l'Asile de Bron, dans le service de M. le docteur Brun, médecin en chef de la section des hommes, deux malades qui semblent pouvoir être classés dans cette catégorie : le premier, V... C. . est un tisseur de Lyon, âgé de 51 ans, vieux buveur, qui a fait *dix-huit* séjours antérieurs à Saint-Jean-de-Dieu et à Bourg, et vient de rentrer à l'Asile de Bron pour la deuxième fois ; le deuxième, J..., 56 ans, cultivateur-aubergiste est réintégré pour la quinzième fois le 15 octobre 1890. Tous les deux ont présenté à chaque admission du délire maniaque avec quelques hallucinations; et actuellement, n'offrant aucun signe de paralysie générale, ils sont dans une situation mentale et physique qui laisse peu à désirer. M. Magnan (1) a observé de vieux alcooliques non prédisposés qui, « grâce aux excès répétés, se créent eux-mêmes, pour ainsi dire, une prédisposition morbide. Il est intéressant, à ce point de vue, dit-il, de comparer l'état de leur intelligence aux différentes entrées dans les asiles à chaque rechute ; l'individu se transforme peu à peu ; il descend successivement les différents degrés de l'échelle intellectuelle, et dès la troisième ou quatrième rechute, on trouve déjà l'affaiblissement des facultés derrière le délire. » Dans ces cas, l'alcoolisme chronique, dans son évolution ultime suit deux voies différentes, l'une aboutissant à la démence, l'autre à la paralysie générale : à la dégénérescence graisseuse des organes, à l'athérome vasculaire, vient s'ajouter la sclérose interstitielle diffuse, et cette inflammation chronique des enveloppes et du tissu interstitiel n'agit pas exclusivement sur le cerveau; d'autres organes, la moelle, le foie, les reins, le cœur peuvent en être également le siège.

Les observations d'alcoolisme chronique, terminé par la paralysie générale, mises en lumière par M. Magnan, ne sont pas très communes; nous avons pu en citer un cas (observation XVIII); c'est une vieille alcoolique, cafetière, sans prédisposition héréditaire, dont nous avons pu faire l'autopsie, et qui présentait les lésions anatomiques de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale.

Les effets de l'alcool sont bien différents quand on a affaire à des prédisposés. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires

(1) Magnan. Revue scientifique (8 mars 1873).

expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Lasègue les a divisés en deux grandes catégories : les vésaniques et les cérébraux.

Les premiers, les *alcooliques vésaniques* conservent, après l'accès, des idées délirantes systématisées que l'on voit persister quelquefois très longtemps après la cessation des phénomènes physiques. Ces malades, dont récemment s'est occupé M. Legrain (1) dans son excellent travail : « Hérédité et alcoolisme », s'ils s'améliorent et sortent des asiles, ne tardent pas à faire de nouveaux excès, et pour eux les rechutes sont, on peut le dire, la règle. D'après certains auteurs, ces vésaniques seraient doués d'une grande force de résistance à l'action de l'alcool : malgré des excès répétés, ils présenteraient uniquement les troubles psychiques de l'alcoolisme (hallucinations, délires polymorphes, variés et mobiles à l'infini), et s'achemineraient peu à peu vers la démence sans avoir été atteints par les troubles moteurs de la paralysie générale. Les travaux de Morel, Lunier, Doutrebente, ceux plus récents de MM. Ball et Régis font une très petite part à l'influence de l'hérédité vésanique dans la genèse de la méningo-encéphalite; mais avec MM. Calmeil, Marcé, Voisin, Luys et Christian, nous sommes tenté d'admettre que l'alcoolisme, venant se greffer sur un terrain vésanique, fabrique souvent la paralysie générale (voir nos obs. I, II, III, IV, V).

Les cérébraux, *têtes faibles*, comme les appelle M. le professeur Ball, résistent peu à l'influence de l'alcool. Ils sont porteurs d'une prédisposition cérébrale innée, (lésion encéphalique, malformation du crâne, etc.), ou acquise (convulsions dans l'enfance, fièvre typhoïde, insolation, frayeur, émotion violente, etc.); pour eux, le moindre écart devient un excès, et l'alcoolisme leur donne un *brevet* de paralysie générale (voir nos obs. VI, VII, VIII, IX, X). C'est principalement dans cette classe d'individus, porteurs d'une tare, d'une *épine* dans l'écorce cérébrale, c'est surtout dans cette catégorie d'alcooliques cérébraux que les cliniciens ont observé le plus souvent ces formes frustes de la méningo-encéphalite que, par une sorte de respect pour la tradition, ils ont appelé les pseudo-paralysies générales.

Le docteur Nasse, en 1870, publia le premier mémoire sur les pseudo-paralysies générales alcooliques. Il avait été conduit à séparer ces faits de la paralysie générale vraie par l'observation

(1) Legrain. Hérédite et alcoolisme, Paris, 1889.

de sept malades qui étaient sortis guéris de son service. Les travaux de MM. Régis, Ball, Lacaille, Blache, etc., contribuèrent à asseoir cette opinion que l'alcoolisme était incapable d'engendrer de toutes pièces la paralysie générale, si ce n'est qu'exceptionnellement, et que les cas actuellement considérés comme constituant la véritable paralysie générale alcoolique n'étaient, à proprement parler, que des pseudo-paralysies générales alcooliques. Ces deux affections cérébrales diffèrent, disent-ils, par les lésions anatomiques, par la marche et surtout par la terminaison. Dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, quelques intenses qu'ils aient été au début, les premiers symptômes diminuent bientôt et disparaissent même complètement. La guérison est la règle presque absolue. Ce qui se passerait chez les pseudo-paralytiques par alcoolisme serait analogue, en quelque sorte, à ce que l'on a décrit chez les saturnins. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la cause du mal est un poison, dans l'un et dans l'autre cas aussi, les symptômes de la paralysie générale s'amendent, à mesure que l'agent toxique s'élimine par les voies naturelles d'excrétion pour reparaître avec plus d'intensité après chaque ingestion nouvelle.

Cette théorie est très ingénieuse, mais, en fait, les différences sont-elles réellement aussi tranchées? M. Camuset (1), qui appelle cette variété une *curiosité clinique*, donne six observations de pseudo-paralysies générales alcooliques suivies de mort, ce qui prouve déjà que la guérison n'est pas aussi commune qu'on le dit; et, dans ces cas, les lésions diffèrent bien peu de celles de la méningo-encéphalite. D'autre part, la plupart du temps, la pseudo-paralysie générale alcoolique paraît se transformer en paralysie générale vraie. Plusieurs années après la sortie de ses sept malades, Nasse fit une enquête pour savoir ce qu'ils étaient devenus; il put obtenir des renseignements sur six d'entre eux, et il apprit que *deux* de ces six malades étaient morts plus tard de paralysie générale vraie. Plus récemment encore, MM. Dagonet (2), Baillarger (3), Rousseau (4) (d'Auxerre) affirment que la pseudo-paralysie générale alcoolique peut s'organiser d'une façon définitive, et que les malades, atteints de cette affection cérébrale, après la guérison d'un ou de plusieurs accès, succombent

(1) Camuset. Loc. cit.
(2) Dagonet. Loc. cit.
(3) Baillarger. Ann. Méd. Psych., mars, 1889.
(4) Rousseau. Loc. cit.

assez souvent à la véritable paralysie générale, qui peut être alors regardée comme une maladie secondaire.

En somme, pour clore le débat, et à un point de vue plus général, on rencontre souvent des syndrômes qui rappellent par quelques traits celui de la paralysie générale, mais qu'on peut, au prix d'un examen attentif, rattacher à la syphilis secondaire ou tertiaire, au saturnisme, et notamment à l'alcoolisme, grâce à la recherche des signes propres à ces diverses maladies. C'est pour ces syndrômes, qu'on a créé le mot de pseudo-paralysie générale, « étiquette qui contente tout le monde sans satisfaire personne, sorte de compromis dont personne n'a une conception bien claire et une vision bien nette » (Rouillard). Ce titre est mauvais, pour M. le professeur Pierret (1), car en fait de pseudo-paralysie générale, il y a surtout des *pseudo-diagnostics* ; c'est un mot, ajoutent MM. les docteurs Taty et Belous (2), qui a fait une trop grande fortune et il conviendrait de l'abandonner, car il n'y a point de *pseudo-maladies*.

Dans cette classe de prédisposés cérébraux, il y a un groupe de malades, les arthritiques qui, par leur diathèse, sont exposés aux poussées congestives, et chez lesquels la coexistence de l'alcoolisme semble jouer un certain rôle au point de vue de la genèse de la paralysie générale. L'alcool, même à doses modérées, est difficilement supporté par les arthritiques; ce qui est la dose permise pour les autres est, pour eux, la dose exagérée. Malgré la difficulté qu'ils éprouvent à le supporter, les arthritiques boivent presque tous de l'alcool ; ils deviennent plus facilement que les autres, alcooliques, et dans la suite paralytiques généraux (Voir nos observations XIV et XV). « Ces paralysies générales *rhumatismales*, dit M. le professeur Lemoine (3), (de Lille), ont le caractère ordinaire de la paralysie générale à forme de folie congestive. Il est à remarquer qu'elles surviennent d'assez bonne heure. Quand chez un arthritique qui a des migraines, on voit se produire fréquemment des poussées congestives du côté du visage, il faut se méfier; survienne une cause occasionnelle, des *excès d'alcool*, par exemple, le mal éclatera. »

En résumé, en dehors des cas peu nombreux où l'alcoolique

(1) Pierret. Soc. Nat. de Med. de Lyon (*Lyon Médical*, 15 juin 1890, N° 24).

(2) Taty et Belous. Des difficultés que presentent le diagnostic de la paralysie générale (*Loire Médicale*, 15 mai 1890).

(3) Lemoine. Congrès de Médecine mentale (Paris, 1889).

chronique non prédisposé peut aboutir de chute en chute à la méningo-encéphalite, l'alcoolisme n'est guère susceptible de fabriquer la paralysie générale que sur des terrains vésaniques, cérébraux, arthritiques, etc. En thèse générale, en effet, dans la genèse de toute méningo-encéphalite, il existe trois éléments primordiaux : l'un constant, les deux autres variables. L'élément constant c'est la participation des vaisseaux cérébraux ou des cellules cérébrales à la production du processus morbide ; les *éléments variables* sont les origines de ce processus (surmenage, alcool, syphilis) et la *valeur cérébrale individuelle* des sujets. C'est donc une erreur absolue, dit M. Ritti, d'invoquer une cause unique, selon la tendance de certains auteurs, qui les uns accusent l'alcool, les autres les excès vénériens ou la syphilis ou tout autre cause morbifique. Il faut pour produire une paralysie générale un « *concours* », une « *combinaison* » d'influences variées qu'il est toujours important de déterminer.

IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES

A l'Asile de Bron, où ont été recueillies presque toutes nos observations, la section des hommes comprenait, au 1er mai 1890, 675 malades, sur lesquels on pouvait compter 45 paralytiques généraux, parmi lesquels nous avons pu choisir 14 alcooliques invétérés, présentant les symptômes de la méningo-encéphalite.

La section des femmes, à la même époque, comprenait 820 malades avec une proportion de paralytiques générales s'élevant à dix-sept ; nous n'en avons trouvé que quatre, chez lesquelles, en dehors de leur cérébralité, les excès alcooliques avaient paru jouer un rôle important dans l'étiologie de leur maladie. En effet « dans le département du Rhône qui renferme d'excellents vignobles, constate M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'Asile de Bron, l'alcoolisme avéré chez la femme, franc, indubitable, à caractères cliniques évidents, est excessivement rare dans mon service. Il comprend sans doute nombre de femmes que leurs voisins accusent à tort ou à raison de boire en cachette, mais ce n'est pas sur de tels rapports, émanant de personnes intéressées le plus souvent à charger la malade, qu'il est possible de

fonder un diagnostic étiologique en l'absence de signes objectifs évidents. En ce qui concerne la nature des liqueurs absorbées avec excès, je puis, sans crainte d'erreur, affirmer, que, dans la plupart des cas, les femmes de mon service se sont enivrées avec de *l'arquebuse*. C'est une tradition. »

Les deux observations XV et XVI nous ont paru intéressantes en ce sens que l'intoxication alcoolique s'est produite par les muqueuses digestive et *pulmonaire*. Dans les distilleries et dans tous les établissements où l'on travaille l'alcool, les ouvriers sont exposés à des intoxications accidentelles, dues à l'évaporation de ce liquide; des accidents analogues s'observent chez des personnes qui manient le vernis à l'alcool, ou qui sont seulement exposées à l'évaporation des produits de ce genre. Dans les années *vineuses*, c'est-à-dire lorsque le vin est très alcoolique, il arrive souvent qu'un séjour peu prolongé dans les celliers amène un véritable état d'ivresse par le simple fait de la respiration des vapeurs alcooliques. Le fait observé par le docteur Mesnet, cité dans la thèse d'agrégation de Racle (1860) vient à l'appui de nos deux observations. C'est celui d'un négociant en alcools, dont le logement était placé immédiatement au-dessus d'un magasin où il conservait ses eaux-de-vie. Les vapeurs alcooliques se répandaient dans son appartement par un plancher mal joint et il éprouvait toutes les nuits les phénomènes de l'ivresse. Cet homme, qui ne faisait d'ailleurs nullement des excès de boissons spiritueuses, fut pris au bout de dix-huit mois de tous les accidents de la paralysie générale. Chez nos deux malades, qui étaient en même temps buveurs, l'intoxication s'est faite par les deux voies d'introduction principale des substances alcooliques.

Dans l'observation XIX. il y a grande suspicion de syphilis qui, se combinant avec l'alcoolisme indubitable, produit cette prédisposition, que Lasègue appelait d'une façon si originale « *l'alcoolature de vérole.* »

Les observations XX, XXI. XXII sont des alcooliques, ayant présenté tous les signes psychiques et somatiques de la paralysie générale. Peut-on les ranger dans la classe de ces malades qu'on appelle à tort ou à raison pseudo-paralytiques alcooliques, ou bien sont-ils plutôt dans une période de rémission ?

Observation I (Service de M. le Dr Brun, médecin en chef).

Hérédité vésanique. — Alcoolisme. — Démence paralytique.

Gl. . Auguste, 32 ans, coiffeur à Paris, célibataire, entre à l'Asile de Brou le 4 juillet 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère aurait eu « une peur » étant enceinte du malade, morte *lypémaniaque.*

Antécédents personnels. — Depuis 17 ans fait des excès alcooliques (Champagne, alcool). Caractère violent, exalté.

Les premiers symptômes ont débuté par des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, principalement nocturnes « on le suivait, c'était des gens qui lui en voulaient ; il entendait des voix qui lui disaient qu'on allait l'arrêter » ; le soir, quand les portes de son magasin étaient fermées, il avait peur.

16 octobre 1890, idées ambitieuses, incohérentes, quelques idées de persécution. Inégalité pupillaire. Tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue. Parole saccadée.

Les troubles moteurs s'accentuent avec persistance des idées de satisfaction et mégalomaniaques. Actuellement (26 mai 1891), symptômes de démence paralytique avec incohérence et gâtisme.

OBSERVATION II. (Service de M. le Dr Brun, médecin en chef).

Hérédité vésanique. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

Ch... 45 ans, employé de commerce à Lyon, marié, entré à l'Asile de Bron le 25 novembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Sœur *aliénée.* — Frère aîné paraît *détraqué.*

Antécédents personnels. — Vieilles habitudes alcooliques (2 à 3 bitters le matin ; cognac, vin, absinthe).

Délire d'origine alcoolique : est effrayé, hallucinations de l'ouïe, s'entend appeler « *cornard, cocu* » par ses collègues, ne paraît pas avoir d'hallucinations de la vue. Cauchemars toute la nuit (rêve beaucoup au suicide) Est persécuté par sa femme qui « *lui a cassé toutes les dents à coups de bâton* ». Un homme de la police le vole, le calomnie. Est très effrayé. Tremblement des mains, spasmes des muscles de la face et de la langue. Embarras de la parole. Troubles dyspeptiques. Rien au cœur.

Janvier 1891. — Etat d'excitation avec idées ambitieuses. Croit chanter très bien, chante pour faire apprécier sa voix, gagnera vingt mille francs, etc. Affaiblissement intellectuel. Pas d'inégalité pupillaire.

OBSERVATION III. (Service de M. le professeur Pierret, médecin en chef).

Hérédité vésanique. — Alcoolisme. — Démence paralytique. Mort.

Th... f... M... ménagère, 35 ans, entre une première fois à l'Asile de Bron le 10 février 1888.

Antécédents héréditaires. — Du côté maternel, deux oncles *aliénés*. Epileptiques dans la famille.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 17 ans, a commis des excès de toutes sortes, mais surtout des excès alcooliques.

Voyageait avec son mari. Se trouvant à Angers, au théâtre, elle s'est agitée pendant la représentation, insultant les acteurs. Internée à l'Asile de Sainte-Gemme, elle y fit un séjour d'un mois; le médecin aurait déjà diagnostiqué une paralysie générale. Quelque temps avant l'accès de manie congestive à Angers, elle aurait eu un léger ictus avec perte de connaissance et chute par terre.

A son entrée elle est très agitée. Idées de persécution ; on veut l'empoisonner. Hallucinations terrifiantes de la vue, qui l'assaillent principalement la nuit ; elle voit des ours, des lions, des chiens qui veulent la dévorer ; des insectes la dévorent la nuit, se plaint de céphalalgies.

18 février 1888. On observe quelques tremblements dans les muscles des lèvres et dans la langue. La parole est un peu embarrassée. Sort de l'Asile. Elle est réintégrée le 18 mars 1891, à la suite d'un nouvel accès de manie, ayant débuté depuis un mois par de l'agitation (cris, pleurs, chants avec hallucinations zoopsiques de la vue : voit des animaux qui veulent la tuer, etc).

Les troubles paralytiques sont très accentués : embarras de la parole, inégalité pupillaire. Tremblement fibrillaire de la langue. Abolition complète des réflexes rotuliens. Gâtisme. Langue très saburrale. L'affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire, est sensible.

Meurt le 5 avril 1891 dans le marasme paralytique. L'autopsie n'a pu être faite, par suite de l'opposition de la famille.

OBSERVATION IV (service de M. le Dr Brun).

Hérédité vésanique. — Alcoolisme. — Démence paralytique.

S... (Pierre), lieutenant, 37 ans, célibataire, entre à l'Asile de Bron le 11 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Frère mort aliéné.

Antécédents personnels. — Alcoolisme.

A son entrée : idées de persécution très nettes. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles avec prédominance d'idées de satisfaction.

Toute la série des troubles moteurs.

25 mai 1890. Démence paralytique. Gâtisme. Marche difficile.

OBSERVATION V (service de M. le D[r] Brun).

Hérédité vésanique. — Alcoolisme. — Paralysie générale. — Mort.

S... (Pierre), 37 ans, employé de commerce à Lyon, marié, entre à l'Asile de Bron le 13 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer du sein. Oncle *interné dans un asile.* Une tante s'est coupé la gorge. Un autre oncle exalté comme toute la famille du côté du père.

Antécédents personnels. — La femme nous raconte qu'il a fait des excès alcooliques énormes depuis quinze ans : a bu jusqu'à vingt absinthes (Pernod) par jour; tous les deux jours, consommait un flacon d'élixir de la Grande-Chartreuse.

Buvait moins quelques jours avant son entrée. Un médecin de Lyon le soignait pour une cirrhose du foie. Prenait des accès de tremblement de tout le corps avec frissons.

A son entrée : hallucinations de la vue et de l'ouïe, entend des voix menaçantes, est poursuivi par des assassins. Idées de suicide, s'est jeté la tête contre un pilier, demande qu'on lui coupe le cou, etc.

Affaiblissement intellectuel. Pas de délire mégalomaniaque bien caractérisé.

Troubles moteurs bien accentués dans les muscles de la face et de la langue.

Embarras de la parole. Meurt le 19 février 1891, dans le marasme paralytique.

OBSERVATION VI (service de M. le D[r] Brun).

Hérédité congestive. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

B..., maître d'hôtel à Lyon, quarante-quatre ans, marié, entre à l'asile le 14 mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Un frère, mort dans un hospice, après avoir eu pendant longtemps *les jambes paralysées.* Un autre frère, qui a 58 ans, est *ataxique* depuis une sixaine d'années. Deux sœurs religieuses, ont *des douleurs qui les paralysent.*

Antécédents personnels. — Buvait absinthe, picon en quantités énormes, café, alcool. A toujours fait des excès alcooliques.

Début de la maladie il y a deux ans. Quelque temps avant son entrée, allait, venait, faisait tout à tort et à travers comme un dément. Ne savait plus la valeur de l'argent. — Mangeait beaucoup et voracement.

État actuel. — Lenteur et difficulté des opérations intellectuelles. Affaiblissement mental. Pas de conceptions délirantes bien nettes.

Contractions fibrillaires dans les muscles de la face et de la langue. Tremblement en masse des extrémités digitales. Embarras de la parole très marqué.

Pas d'inégalité pupillaire. Equilibration pénible. Rétention d'urine.

OBSERVATION VII (service de M. le professeur Pierret).

Hérédité congestive. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

Pe... (Jeanne), femme P..., 32 ans, tisseuse à Lyon, entre à l'Asile de Bron, le 13 mars 1889.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une *attaque de paralysie.* Mère morte jeune (?).

Antécédents personnels. — Excès alcooliques : était bonne dans une épicerie-comptoir où elle buvait liqueurs et absinthe.

Vient de l'Hôtel-Dieu de Lyon, se promenait dans les salles toute nue, criait la nuit, volait ses voisines.

A l'époque de l'entrée, apathie et inertie très prononcées.

20 mars 1889. Agitation. Tremblement généralisé, spasmes très accentués dans les muscles de la face et de la langue, rendant l'articulation des sons très imparfaite.

28 mars. Affaiblissement intellectuel, idées de satisfaction bien nettes. Légère excitation, gâtisme.

24 avril 1891. Parole lente, difficile, scandée. Embarras marqué quand elle s'exprime un peu vite. Tremblement fibrillaire des lèvres, presque spasmodique. Tremblement en masse de la langue. Pupille droite plus dilatée. Affaiblissement intellectuel : démence apathique, indifférente.

OBSERVATION VIII (Service de M. le Dr Brun).

Hérédité congestive, nerveuse. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

Bl... M. . 45 ans, manœuvre, Lyon, marié, entre à l'Asile de Bron le 26 novembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Mére *très nerveuse*, morte à 34 ans. Sœur a eu dans différents accouchements plusieurs *crises d'éclampsie.*

Antécédents personnels. — Excès alcooliques anciens, buvait sou-

vent 10 à 15 absinthes par jour sans compter l'alcool et le vin; aurait de temps en temps quelques accès de paludisme, contractés à la suite d'un séjour à Saïgon.

A l'entrée : trouble général de l'intelligence, un peu d'hébétude et de lenteur. Idées de persécution ; tout le monde l'insultait quand il passait, a des paniques, parce qu'on veut le détruire, l'empoisonner, on l'accuse de faire danser les marionnettes à Bellecour. Hallucinations de la vue ; a devant les yeux des toiles noires avec des inscriptions latines, voit des femmes tournoyer comme dans un ballet. Hallucinations de l'ouïe; entend la musique qui règle le pas des danseuses.

Etat somatique. Parole mal articulée, bredouillée, embarrassée par des spasmes dans les muscles de la face et de la langue. Tremblement très marqué des extrémités digitales. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Crampes dans les membres. Cauchemars la nuit.

26 mai 1891. Affaiblissement intellectuel, pas de conceptions déli rantes systématiques, quelques idées de satisfaction.

Les troubles paralytiques s'accentuent ; la parole est mal articulée, on observe une sorte de bégaiement produit par les spasmes de la langue et des muscles de la face ; la pupille droite est plus dilatée et présente une certaine déformation. Les réflexes rotuliens sont sensiblement diminués, surtout à gauche.

Observation IX. (Service de M. le Dr Brun).

Hérédité congestive, nerveuse. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

L... (Louis), 44 ans. monteur d'instruments de musique, Lyon, marié. Entré à l'Asile le 10 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 70 ans, d'une *paralysie agitante.* Une sœur *très nerveuse.* Six autres frères ou sœurs morts en bas âge. Trois enfants vivants : *l'un d'eux a la chorée.*

Antécédents personnels. — Depuis de longues années, buvait environ deux litres de vin et quelques petits verres par jour, surtout de l'absinthe. Il y a huit mois, sa femme s'aperçut qu'il perdait la mémoire et qu'il bredouillait un peu en parlant.

A l'entrée ; délire maniaque d'origine alcoolique; hallucinations de la vue « voit autour de lui des petits animaux noirs, des insectes ». Inégalité pupillaire (droite plus dilatée). Tremblement en masse de la langue, fibrillaire des lèvres. Parésie musculaire généralisée. Parole tremblante.

15 avril 1891. Léger ictus, d'une durée de quelques heures ; à la visite du matin on constate une parésie, plus marquée à gauche qu'à droite.

22 mai 1891. Idées ambitieuses de richesse. Embarras plus marqué de la parole. Langue en trombone. Inégalité pupillaire (la gauche plus dilatée).

Observation X (service de M. le Dr Brun).

Hérédité congestive. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

T... (Philibert), 34 ans, tourneur sur cuivre à Lyon, marié. Entre à l'Asile de Bron le 1er décembre 1890.

Vient de l'asile de Villejuif, où il était entré le 11 août 1890, étant atteint « de délire alcoolique, hallucinations, mille individus le poursuivent, il a pris son couteau et s'est frappé la tête, la poitrine et l'abdomen. » Les certificats des médecins de Villejuif portent « hallucinations multiples, craintes. frayeurs, insomnie, tremblement généralisé. Le certificat de transfèrement indique : Paralysie générale probable.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu une *attaque de paralysie* à l'âge de 50 ans, est restée couchée jusqu'à sa mort (60 ans). Pas d'enfants.

Antécédents personnels. — *Convulsions* dans l'enfance. *Tremblement* à 17 ou 18 ans.

Tremble et bégaie depuis deux ans.

Etat actuel (3 décembre 1890). Un peu d'affaiblissement des facultés. Idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe : entend des individus qui menacent la nuit de le tuer, voit ses parents. etc.

Troubles moteurs très accentués : tremblement des muscles de la face et de la langue. Inégalité pupillaire. Ressent des secousses dans les membres.

30 mai 1891. Plus d'hallucinations. Persistance des troubles moteurs : embarras très marqué de la parole, est alité, gâteux. Délire à forme hypochondriaque : n'a plus de dents, plus de langue, etc.

Observation XI (service de M. le professeur Pierret).

Hérédité congestive. — Alcoolisme. — Paralysie générale à forme démentielle.

E... femme Gr..., 40 ans, chapelière, Lyon, entre à l'Asile de Bron, le 1er décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — (Renseignements fournis par le mari).

Grand-mère paternelle, morte dans *le délire* (?). Mère morte de *congestion cérébrale.* Un frère, *très nerveux*, mort tuberculeux; trois frères, encore vivants, bien portants, le plus jeune est atteint de scoliose.

Antécédents personnels. — Mariée depuis 14 ans : faisait des excès de boissons, buvait principalement de l'arquebuse, jusqu'à dix verres par jour; son mari est resté cinq à six ans, sans s'apercevoir de ces habitudes alcooliques.

Au mois de février 1890, premiers symptômes d'aliénation mentale : avait de l'amnésie, prenait son mari pour une autre personne. Journellement, entre cinq et six heures du soir, accusait des hallucinations de l'ouïe et de la vue : répondait dans la rue à des personnes imaginaires, voyait des déserteurs, croyait toujours être volée, etc. Se plaignait de faiblesse dans les jambes. En juillet 1890, premier ictus avec tremblement des extrémités supérieures et aphasie; au bout de huit ou dix jours, la parole est revenue insensiblement, mais avec un certain embarras. En septembre 1890, deuxième ictus très léger; est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service du docteur Bouveret; avait des hallucinations toujours nocturnes, se couchait dans le lit des autres malades. Insomnie.

22 avril 1890. L'embarras de la parole est des plus manifestes; c'est, par moments, un bredouillement presque incompréhensible. Tremblement généralisé des lèvres et des muscles de la face; tremblement des mains. Les pupilles sont très contractées.

Affaiblissement général des facultés : idées de satisfaction enfantines : a procréé un enfant, qui est venu au monde avec des dents, qui parlait et marchait, etc.

Observation XII (service de M. le Dr Brun).

Hérédité alcoolique, chauffeur, alcoolisme. — Paralysie générale.

S. . (Auguste), 44 ans, chauffeur à Saint-Fons, marié, entre à l'Asile de Bron le 31 mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Père *alcoolique* invétéré, mort à 63 ans de catarrhe et emphysème pulmonaires. Mère bien portante. Pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — A commis des excès alcooliques énormes depuis sa jeunesse, buvait de l'absinthe, ne s'enivrait jamais à fond, mais *était toujours entre deux vins* (sic).

Le début de la maladie eut lieu par un changement de caractère, se

disputait avec tout le monde. Ne dormait pas. Cherchait querelle à sa femme la nuit pour des motifs délirants. Avait des hallucinations de la vue (fantômes, animaux).

Etat actuel (1er avril 1891). Excitation avec incohérence. Idées de satisfaction et mégalomaniaques : est content de sa position, est fort comme deux hommes. Embarras de la parole. Tremblement des muscles de la face et de la langue. Pas d'inégalité pupillaire.

14 avril 1891. Alternatives d'agitation et de dépression lypémaniaque. Tremblement généralisé. Gâtisme. Crie la nuit. Affaiblissement intellectuel accentué. Othématome à gauche. Est alité.

OBSERVATION XIII (Service de M. le Dr Brun).

(*Hérédité alcoolique. — Verrier. — Alcoolisme. — Paralysie générale*).

Alc.... (Michel), 37 ans, verrier, Lyon, entre à l'asile de Bron le 17 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans, *était alcoolique :* avait fait des excès considérables de boisson. Mère morte de tuberculose. Une sœur morte de la même affection. Une autre sœur très bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure, pas de syphilis. Buvait 3 à 4 verres d'absinthe par jour, quelques petits verres de liqueur, un litre et demi de vin. Travaillait près d'un foyer ardent.

Début il y a un an, se sentait moins d'énergie au travail, se figurait être tourné en ridicule par ses camarades ; depuis cinq mois, prend des crises, ainsi qu'il suit : fourmillements des mains, plus souvent de la gauche, remontant le long des bras, arrivant à la langue, *qui est comme paralysée ;* ne peut parler, brouillards devant les yeux avec bourdonnements d'oreille. Il avait en même temps de l'affaiblissement de la mémoire avec perte de l'attention.

Etat actuel 18 décembre 1890. — Affaiblissement très prononcé des facultés intellectuelles : nous sommes en 1889, ne sait pas le mois, etc. Pas d'idées de persécution ni de grandeur : cependant parle de sa force et de sa robuste constitution. Hésitation et lenteur dans l'articulation des mots. Tremblement dans les muscles de la face.

10 mars 1891. Accès d'agitation maniaque, pousse des cris prétendant qu'on veut le tuer.

6 avril. Sort de l'asile, avec le certificat suivant, signé par M. le Dr Brun, médecin en chef : « Bien que les *symptômes de paralysie générale ne fassent que s'accentuer,* ce malade peut, à la rigueur, être rendu à sa

famille qui s'engage à le faire traiter à la campagne, et à lui donner tous les soins et toute la surveillance qu'indiquent son état et la possibilité de nouvelles périodes d'agitation. »

Observation XIX (Service de la clinique, professeur Pierret).

(*Arthritisme. — Alcoolisme. — Paralysie générale*).

Ch... (Lucien), 54 ans, employé à Lyon, entre à l'asile de Bron le 16 mars 1891.

Le certificat d'admission, est ainsi conçu : « est atteint de *paralysie générale progressive*, caractérisée par de la démence incohérente, du tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue, du bégaiement, de l'inégalité pupillaire et des accès d'agitation. » Dr Alb. Carrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort *asthmatique*. Mère morte d'un accident. A deux filles : l'ainée, 20 ans, nerveuse, anémique, a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans ; l'autre, 14 ans, bien portante, mais aussi un peu nerveuse. Oncles maternels morts tuberculeux.

Antécédents personnels. — Plusieurs attaques de *rhumatisme*, quand il était militaire, au moment de la guerre de 1870, attaques qui n'ont plus reparu depuis cette époque. Bonne santé habituelle, très robuste ; mais il s'est toujours adonné à la boisson, tenait un café-restaurant, buvait avec l'un et avec l'autre du vin, de l'absinthe, des liqueurs ; supportait très bien le vin et arrivait rarement à l'état ébrieux ; d'après sa femme, aurait pu boire 7 ou 8 litres de vin sans être ivre.

Début de la maladie il y a deux ans, par de l'amnésie : ne se rappelait plus le nom de ses enfants ; a présenté à ce moment du délire hypochondriaque ; n'avait pas de tête, pas de jambes, pas de pieds, etc., pleurait souvent ; boulimie ; avait souvent la diarrhée : 4 à 5 selles par jour. Était très irritable.

A son entrée on constate les troubles somatiques suivants : embarras de la parole qui est, par moment, presque inintelligible ; tremblement très marqué de la langue et des lèvres ; faiblesse des membres inférieurs : le malade se fatigue vite et chancelle quand il a marché quelque temps ; pupilles inégales (gauche plus dilatée) et resserrées.

Les facultés intellectuelles sont affaiblies ; il y a prédominance d'idées de satisfaction avec projets ambitieux : vient à Bron pour gagner beaucoup d'argent, se vante beaucoup est content de lui, etc.

1er avril 1891. Est atteint de paralysie générale avec antécédents alcooliques. (Certificat de quinzaine du Dr Royet, chef de clinique).

25 avril. Tremblement en masse de la langue, tremblement fibrillaire des muscles de la face, principalement de l'orbiculaire des paupières. Bredouillement incompréhensible. Affaiblissement marqué de l'intelligence. Gâtisme.

Observation XV

Un peu d'arthritisme. — Excès alcooliques. — Intoxication alcoolique professionnelle. — Paralysie générale.

L..., 47 ans, liquoriste-distillateur, entre à l'asile de X... le 8 février 1890.

Antécédents héréditaires. — Du côté de la mère, il y aurait un peu d'arthritisme. Le père est mort d'un cancer intestinal. Une sœur très nerveuse a eu des convulsions.

Antécédents personnels. — Excès alcooliques anciens et quotidiens : sa situation industrielle l'obligeant de *faire la place* pour écouler ses produits, et de séjourner tous les jours dans différents cafés, il consommait beaucoup sans arriver jamais à l'état ébrieux. De plus, *étant distillateur*, et vivant par suite dans une atmosphère imprégnée de vapeurs alcooliques, il y a lieu d'incriminer une intoxication véritablement professionnelle.

Début. — Changement de caractère : devient plus expansif, se montre dans ses discours d'une lubricité dont ses amis s'étonnent, exalte sa situation de fortune et ses projets industriels. Va à la campagne, est frappé d'un ictus apoplectique : apparition consécutive des premiers symptômes de paralysie générale.

A son entrée : Idées de richesse, de grandeur, de puissance. Il va faire des miracles « avec son ami Jésus-Christ », il est grand inventeur ; il s'appelle le *Roi-soleil* et a des millions d'enfants. Léger embarras de la parole. Hésitation dans la marche. Pupille droite plus dilatée que la gauche.

Actuellement, persistance des troubles moteurs ; en outre, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres. Gâtisme intermittent.

Etat dépressif des facultés intellectuelles : refuse de marcher, de s'alimenter, de voir ses parents ; ne veut pas sortir de sa cellule et tient constamment les yeux fermés pour éviter la vue des personnes de son entourage. Répond d'une façon incohérente aux différentes questions.

Observation XVI

Excès alcooliques. — Intoxication alcoolique professionnelle. — Paralysie générale

Ch..., 42 ans, liquoriste-distillateur, entre à l'asile de X... le 8 octobre 1890.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Excès de toutes sortes, mais surtout excès alcooliques anciens et continus; de plus, vivant depuis de longues années dans les distilleries, *suspicion d'alcoolisme chronique par intoxication professionnelle.*

A son entrée : délire des grandeurs absolument caractéristique, se croit Président de la République, promulgue des décrets dans lesquels il destitue ceux qui le gardent à l'asile. Puis, si on lui parle de sa famille, de sa situation, il change d'attitude et avoue qu'il est simple liquoriste, après avoir proclamé, cinq minutes avant, sa toute-puissance de président. Il veut fonder des sociétés industrielles, devant donner des bénéfices énormes; propose à tout le monde de les associer à ses projets et de faire gagner des millions.

Au point de vue des signes somatiques, on note : inégalité pupillaire; de temps à autre, hésitation dans la parole avec quelques accrocs. Boulimie.

L'amnésie existe, mais peu marquée. Dans les différentes lettres que le malade écrit tous les jours, on observe des mots passés, des lettres oubliées dans certains mots.

A la suite d'une légère rémission, il sort de l'asile le 30 novembre 1890.

Il est réintégré un mois après, le 2 janvier 1891.

Très surexcité, indocile. Idées de persécution très nettes à l'égard de plusieurs membres de la famille de sa femme; il profère des menaces contre le syndic chargé de sa faillite ét le médecin en chef de l'asile qu'il injurie à tout propos, soit de vive voix, soit par lettre.

Aggravation des troubles moteurs; troubles de la parole, inégalité des pupilles, etc.

Observation XVII (Service de M. le professeur Pierret).

Pas de renseignements sur la cérébralité. — Alcoolisme. — Paralysie générale.

Bern..., veuve M..., 56 ans, journalière à Lyon, née à Toul (Meurthe-et-Moselle), entre à l'asile de Bron le 28 février 1891.

Certificat d'admission. — Cette femme à l'habitude de se livrer à la boisson, menace de mettre le feu, sort dans la rue en chemise, se livre à toutes sortes d'excentricités en actes et paroles, qui indiquent un commencement de paralysie générale des aliénés.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. Cette femme faisait des ménages, frottait, buvait chaque jour une certaine quantité d'arquebuse et d'eau de mélisse : 7 à 8 verres.

A l'entrée : embarras de la parole. Inégalité pupillaire (pupille gauche plus dilatée). Tremblement en masse de la langue, des lèvres et des extrémités digitales. Dépression générale des facultés intellectuelles, sans conceptions délirantes bien systématiques.

14 mars. Agitation, casse les vitres de la division. Incohérence Gâtisme.

1er avril. *Plaques de zona,* siégeant à la face postérieure de l'avant-bras droit et dorsale de la main du même côté, sur l'une des branches terminales superficielles du nerf radial.

2 avril. Ictus apoplectiforme. Idées mégalomaniaques : possède tout l'univers, elle a 20 frères, 48 enfants. Faiblesse des membres inférieurs. Gâtisme. Reste alitée. Eschares au coude droit. Boulimie.

OBSERVATION XVIII (Service de M. le professeur Pierret).

(*Alcoolisme. — Paralysie générale. — Autopsie. — Cirrhose alcoolique du foie*)

Tr... femme M..., 55 ans, cafetière à Tarare, entre à l'Asile de Bron le 14 août 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents morts il y a une vingtaine d'années à l'âge d'environ 60 ans. Une seule sœur bien portante, trois enfants bien portants (?).

Antécédents personnels. — Avait été traitée pour une maladie de l'utérus. Prenait des crises de nerfs (?). Il y a 8 ans, arthrite fémoro-tibiale. Tenait un café à Tarare, buvait depuis de longues années.

16 août. Trouble général de l'intelligence. Un peu d'excitation.

24 août, Se lève la nuit, touche à tous les objets d'une façon inconsciente. Hallucination de l'ouïe et de la vue, surtout pendant la nuit.

8 décembre. Embarras de la parole, langue trémulante, léger tremblement des mains et parfois des jambes. Pas d'inégalité pupillaire. Idées de satisfaction très nettes. Boulimie.

2 mars 1891. Tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, la

parole est de plus en plus embarrassée, et elle arrive à n'être parfois qu'un bredouillement incompréhensible. Pupilles très contractées. Affaiblissement général des facultés, avec un certain fonds délirant de satisfaction et de bien-être ; « elle a beaucoup d'argent, elle est bien grasse et se porte bien ».

25 avril. Pneumonie gauche. Meurt le 6 mai 1891.

Autopsie faite par M. Paret, interne du service.

Méninges congestionnées. Dans la région fronto-pariétale des deux côtés, adhérences de la pie-mère à la substance corticale, un peu plus nombreuses du côté droit; on note aussi des adhérences le long du bord des lobes sphénoïdaux. La pie-mère enlève par points de petites parcelles de substance corticale, qui laissent sur la surface de petites ulcérations.

Organes thoraciques. — Cœur gros, un peu graisseux, sans lésions valvulaires. Quelques plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte.

Adhérences pleurales aux sommets des deux poumons, plus fortes à gauche.

De ce côté, le sommet du poumon présente une agglomération de tubercules crétacés sur une étendue d'un centimètre carré. Pneumonie massive du lobe inférieur gauche.

Organes abdominaux. — Les reins paraissent sains à l'examen microscopique.

Le foie volumineux (1795 grammes) est déformé, un peu granuleux : il est très infiltré de graisse; c'est *un foie gras*; son tissu est mou et sa coloration feuille-morte.

Observation XIX. (Service de la clinique, professeur Pierret)

Alcoolisme. — Syphilis ? — Paralysie générale

F... (Marie-Félicie), 30 ans, fille de brasserie à Lyon, entre à l'Asile de Bron le 12 mars 1891.

Rien à noter du côté de l'hérédité.

Antécédents personnels. — Bonne de brasserie, dans les divers établissements où elle a servi pendant longtemps, elle a contracté des habitudes alcooliques. Excès vénériens. Syphilis probable (?) ; a pris, dit-elle, autrefois, il y a 12 ans, du mercure et de l'iodure.

14 mars. A crié toute la nuit, très agitée. La parole est assez rapide, mais elle a par moments des hésitations et des bredouillements. Idées mégalomaniaques très accentuées, elle possède et donne des millions à tout le monde; le château de Bron, où elle habite, doit être rebâti en or.

Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Réflexes rotuliens exagérés. La sensibilité cutanée est diminuée sur tous les points du corps. Pas d'hyperesthésie ovarienne, pas de points douloureux à la pression du rachis. Engorgement ganglionnaire du pli de l'aine de chaque côté.

21 avril. L'embarras de la parole est plus marqué. Inégalité pupillaire (la gauche bien plus dilatée). Tremblement fibrillaire des muscles de la face, des lèvres et de la langue. Gâtisme.

Délire diffus, incohérent, mégalomaniaque ; elle est riche à 200 millions, fait toute la journée de bons dîners, etc.

Observation XX

Alcoolisme. — Symptômes de paralysie générale. — Rémission ?

Du... (Noël), 43 ans, corroyeur, Lyon, marié, entre à l'Asile de Bron le 24 janvier 1888.

Vient de l'Hôtel-Dieu où il troublait le repos des malades. Caractère vif, emporté.

Buvait de l'absinthe, quantité de petits verres, *tant qu'il pourait*, dit sa femme.

Avant d'entrer à l'Asile, a eu une crise épileptiforme : chute, perte de connaissance, convulsions chroniques et toniques, tremblement, etc.

Excitation au début et idées mégalomaniaques « parlait plusieurs langues, chantait très bien ».

A essayé de s'évader en 1890.

13 février 1891. Obtusion des facultés intellectuelles. Un peu d'apathie, d'indifférence. Enfantin : va mieux parce qu'il fume, etc. Pas de conceptions mégalomaniaques. Mémoire conservée.

Etat physique. Un peu d'affaiblissement de la force musculaire, quelques légères contractions fibrillaires dans les muscles de la face. Tremblement des extrémités digitales. Pas d'inégalité pupillaire.

N. B. Ce malade est en rémission ; c'est un alcoolique, ayant présenté tous les signes de la paralysie générale. Peut-être, s'il y a des lésions de la méningo-encéphalite, sont-elles limitées ? ne progressent-elles plus ?

Observation XVI. (Service de M. le Dr Brun).

Un peu de vésanie. — Alcoolisme. — Symptômes de paralysie générale. — Rémission ?

Pim... (Gabriel), 42 ans, tisseur, Lyon, marié, entré à l'Asile le 24 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 48 ans d'une affection aiguë. Père mort à 27 ans tuberculeux. Une tante internée à l'Asile de Saint-Robert. A eu cinq enfants : un seul vivant, les quatre autres sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Habitudes alcooliques anciennes.

Début de la maladie par des hallucinations de la vue ; cesse son travail à partir du mois de juillet, c'est-à-dire deux mois avant son admission à l'Asile ; à partir de cette époque, le délire s'augmentait la nuit.

A l'entrée, excitation, délire ambitieux, incohérent, « a fait un très grand héritage, et se dit l'ami de l'empereur de Russie, a connu Napoléon 1er et Robespierre, est décoré, a fixé le soleil 12 fois de suite » et a contracté à la suite une conjonctivite assez intense.

Troubles moteurs : hésitation de la parole ; tressaillements convulsifs des lèvres. Inégalité pupillaire.

22 février 1891. toujours des idées de grandeur. Dit à sa femme qu'il possède un château, qu'il fait parler le ciel et la terre.

14 avril. Grande amélioration de tous les symptômes intellectuels et somatiques.

25 mai. Disparition des troubles moteurs. Quelques idées vagues de persécution.

N.-B. — Est-ce une rémission paralytique? Est-ce un accès aigu d'alcoolisme avec symptômes évidents de méningo-encéphalite?

Observation XXII (service de la clinique, professeur Pierret).

Alcoolisme. — Symptômes de la paralysie générale. — Rémission (?)

Four..., plâtrier à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, 44 ans, célibataire, entre à l'Asile de Bron le 1er avril 1890.

Certificat d'admission : est atteint *de paralysie générale* (tremblement généralisé, inégalité des pupilles, affaiblissement de l'intelligence, perte de la mémoire, délire incohérent sans idées de grandeur). Pas d'antécédents dans ses ascendants, ni dans ses collatéraux. Excès alcooliques antérieurs ; était peintre-plâtrier, sans accidents saturnins aigus. Signé : docteur Féa.

Le certificat de M. le professeur Pierret, rédigé vingt-quatre heures après l'entrée de ce malade à l'Asile, est ainsi conçu :

Affaiblissement intellectuel et moral, probablement lié à des excès alcooliques.

Le certificat de quinzaine : *affaiblissement intellectuel d'origine alcoolique*. Signé : Pierret.

Etat actuel, 10 juillet 1890 :

Etat physique. — Diminution de la force musculaire. Tremblement en masse de la langue, mais pas de tremblements fibrillaires. Les pupilles sont un peu inégales, mais réagissent bien à la lumière. Marche légèrement titubante et manifestement incertaine. Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés.

Le foie n'est pas augmenté de volume. Jambes variqueuses. Plagiocéphalie gauche.

Etat mental. — Un peu d'amnésie. Fainéantise, mollesse. Tendance à la force grosse de l'ivrogne bon enfant. Parait satisfait de sa position actuelle.

20 mai 1891. Etat stationnaire. Les pupilles sont ovalaires, mais égales. Marche plus sûre. Un peu de tremblement des mains. Toujours un peu d'obtusion intellectuelle.

V

CONCLUSIONS

1° Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale a été de tout temps, et est encore l'objet de nombreuses controverses; les opinions des différents auteurs peuvent être ramenées à quatre courants principaux.

2° Certains malades, considérés autrefois comme des paralytiques alcooliques, avaient, en effet, commis des excès de boisson. Mais ces excès n'avaient lieu que depuis le début de la paralysie générale, de sorte qu'ils étaient *l'effet*, et non la cause de leur maladie. Cet état *d'alcoolisme récent* ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite.

3° La progression corrélative de la folie alcoolique et de la folie paralytique ne peut amener cette déduction que l'une de ces deux maladies est engendrée par l'autre. Les considérations ethnographiques et géographiques ne paraissent guère concluantes en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale;

4° Les extraits des rapports de tous les médecins en chef des asiles de France, consignés dans le rapport général de M. Claude (des Vosges) en 1887, prouvent assez clairement que les idées contemporaines des cliniciens sont encore bien divisées.

5° Il nous semble que, dans l'immense majorité des cas, le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale est subordonné à ce quelque chose d'indéterminé, d'inconnu souvent, et d'insaisissable quelquefois, que l'on rencontre à propos de toutes les maladies et qui nous paraît être une condition nécessaire au développement de la méningo-encéphalite : c'est la Prédisposition, qui peut être, suivant les sujets, cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique. Dans certains cas, qui ne sont pas très communs, l'alcoolisme chronique, en dehors de toute prédisposition, déterminant à la longue le processus de la prolifération conjonctive et la sclérose cérébrale, peut aboutir à la paralysie générale.

6° Nous n'avons pas voulu poser sur cette question, sujette à tant de controverses, des conclusions fermes, qui, actuellement, pourraient paraître trop absolues et prématurées, mais exposer, devant les médecins appelés à faire partie du Congrès, *les éléments d'une discussion étiologique et clinique.*

DEUXIÈME QUESTION

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE
ET DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS

Rapport par le Dr Henry COUTAGNE

Médecin-expert près les Tribunaux de Lyon

I

Malgré les efforts louables qui se multiplient depuis quelques années, la pathologie mentale est loin d'être en possession d'une classification nosologique rationnelle. Sur ce terrain l'anatomie pathologique s'est jusqu'à présent montrée inefficace et n'a pas tenu les brillantes promesses qu'avait fait concevoir la découverte de la paralysie générale. Les facteurs étiologiques ont été utilisés avec plus de succès, en France en particulier, et il est inutile d'insister ici sur la valeur des travaux dans lesquels M. Magnan et ses élèves ont exploré de nos jours la voie ouverte par Morel. Mais les partisans des classifications purement étiologiques des maladies mentales seront forcés de reconnaître que les cadres déterminés par les causes seules de la folie sont trop larges pour les besoins de la pratique médico-légale. Aussi pendant longtemps encore il nous faudra grouper des faits cliniques sous des étiquettes qui exprimeront seulement certaines tendances mentales habituelles, nettes et bien définies, quoique moins circonscrites que les propensions sur lesquelles nos devanciers avait basé leur doctrine étroite et dangereuse des monomanies.

Dans cette voie la science médico-psychologique est déjà en possession de matériaux importants. Lasègue excellait dans la composition de ces esquisses cliniques et a laissé épars dans son

œuvre plus d'un modèle du genre. Aucun n'a eu plus de succès que celui qu'il a tracé en 1852 sous le nom de *délire de persécution* (1). Cette courte et substantielle monographie mettait en relief des individualités d'une observation tellement fréquente que le type créé par le maître fut vite retrouvé, confirmé dans ses grandes lignes et complété dans ses détails. La connaissance de cette forme de folie a franchi les limites du domaine médical pour pénétrer dans le grand public et surtout dans le milieu judiciaire : à l'heure actuelle on ne conteste nulle part l'existence d'aliénés caractérisés par le délire de persécution, d'*aliénés persécutés*.

C'est surtout parmi eux, mais aussi parfois chez des sujets atteints d'autres maladies mentales que les *aliénés persécuteurs* se présentent au clinicien et surtout au médecin légiste avec une fréquence propre à justifier l'adoption de cette dénomination de date plus récente. La thèse de M. Pottier (2), les travaux de M. Ritti (3) et les discussions de ces dernières années à la Société médico-psychologique ont particulièrement mis en lumière cette entité morbide et l'ont définitivement imposé au monde médical.

La considération suivante nous paraît utile à formuler ici comme des plus propres à accentuer encore la non-synonymie des expressions d'*aliéné persécuté* et d'*aliéné persécuteur*. Les idées de persécution passive, parfois épisodiques et transitoires, suffisent plus souvent pour constituer le fond d'une affection mentale pour laquelle M. Ball demande la dénomination de *maladie de Lasègue*. L'état du persécuteur actif est au contraire toujours secondaire et apparait au cours d'une maladie mentale déjà organisée dans des conditions que nous allons déterminer aussi rigoureusement que possible.

Et d'abord, gardons-nous de tomber dans un écueil qui n'a pas toujours été évité en donnant à l'expression d'aliéné persécuteur un sens trop vague, synonyme d'aliéné incommode, obsédant, dangereux. Ce terme ne pourra correspondre à une conception pratique que si nous en lions l'application aux exigences suivantes. En premier lieu nous demanderons un état persistant et durable; trop souvent nous le rencontrerons chronique jusqu'à l'incurabilité. Puis il faudra que l'aliéné ne s'en tienne pas aux accusations

(1) In *Archives générales de médecine.*

(2) *Etude sur les aliénés persécuteurs*, Paris 1886.

(3) Art. *Délire de persécution* dans le Dic. enc. des sc. méd. 1887 et *Gaz. Heb. de méd. et chir.* 1888.

vagues et générales qui constituent le fond des premières étapes du délire de persécution classique et qu'il circonscrive sa persécution active sur un ou plusieurs individus. Enfin nos sujets devront avoir conservé la faculté syllogistique et raisonner les conceptions qu'ils déduisent d'un point de départ faux avec un enchaînement d'idées propre à faire illusion à un observateur superficiel. En fait, de tous les aliénés, les persécuteurs sont les raisonneurs les plus impitoyables. Leurs facultés intellectuelles témoignent d'une perversion plutôt que d'un affaiblissement. Ils sont très réfractaires à la démence, et chaque pas qui les en rapproche tend à leur faire perdre leurs traits caractéristiques.

Ces considérations nous guideront facilement dans la détermination des formes de folie qui créent l'aliéné persécuteur. Nous pourrons d'abord éliminer toutes celles qui sont caractérisées par une débilité mentale en relation démontrée ou non avec des altérations organiques. La paralysie générale et toutes les encéphalopathies qui s'en rapprochent, l'idiotie et les autres formes de dégénérescences inférieures sont naturellement visées par cette exclusion. Il en sera de même des affections dont les délires évoluent avec acuité et intermittence, telles que les folies toxiques (alcooliques ou autres), telles que l'épilepsie. A propos de cette dernière maladie, rappelons que, sur un sujet fils d'un père atteint de délire de persécution et d'une mère épileptique, M. Pichon a observé la coïncidence de ces deux affections nettement dissociées (1).

C'est certainement dans le *délire de persécution primitif*, qu'on le maintient sous cette dénomination en montrant son origine par la synonymie de *maladie de Lasègue* (Ball) ou qu'on en fasse la principale étape du *délire chronique* de M. Magnan, c'est dans le délire de persécution que nous trouverons la majorité de nos sujets. Lorsque le persécuté entre dans la deuxième période décrite par M. J. Falret, qu'après avoir systématisé son délire, d'abord à l'état vague, puis sous forme collective, il arrive à le personnifier et que de passif il devient actif, le titre de persécuteur lui appartient de droit. Certains délires de persécution *secondaires* peuvent avoir la même conséquence, en particulier chez les lypémaniaques, ou dans les périodes d'excitation de la folie à double forme (Ritti)

Mais à côté de ces aliénés, il en est d'autres chez lesquels les

(1) *Ann. méd.-psych.* 1887.

idées de persécution évoluent avec plus d'incohérence sur un fond pathologique moins profond en apparence, sans hallucinations sensorielles, sans systématisation aussi rigoureuse. On devine que nous avons affaire aux degrés supérieurs de la grande famille des dégénérés héréditaires de M. Magnan : nous sommes alors en présence des *persécuteurs raisonnants*, opposés par MM. J. Falret, Pottier, Ritti, aux *persécuteurs persécutés.*

S'il est une affection réputée jusqu'à présent pour les idées et les actes obsédants et dangereux qu'elle suggère, c'est certainement l'hystérie. Mais tout récemment, un travail, couvert (avec quelques restrictions) par le haut patronage de M. Charcot, est venu renverser ou plutôt ébranler nos idées sur ce point. M. Henri Colin a entrepris « la réhabilitation des hystériques au point de vue moral (1) ». Pour lui la folie hystérique n'existe pas en dehors des délires transitoires liés aux crises; lorsque les hystériques deviennent aliénés, ils le sont de par la combinaison de leur névrose avec la dégénérescence héréditaire. La perversion morale, la fourberie qu'on leur attribue généralement sont étrangères à leur maladie.

Nous concéderons volontiers à M. Colin qu'on a exagéré la fréquence des rapports entre l'hystérie et la perversion morale. Dally avait déjà protesté dans ce sens et décrit un *état* et un *délire malicieux* en dehors de l'hystérie (2). Dans plusieurs cas où des magistrats nous avaient requis pour apprécier certains délits témoignant d'une perversion morale unie à un esprit de dissimulation extrême et nous avaient posé explicitement la question de l'hystérie, nous nous sommes trouvé en présence de femmes indemnes de tout signe physique de la névrose présumée et rentrant dans la classe des folies morales héréditaires. Mais je ne crois pas que la science puisse aller plus loin dans cette voie à l'heure actuelle : si les asiles de la Seine renferment un nombre respectable d'aliénés atteints à la fois d'hystérie et de dégénérescence mentale, il ne s'ensuit pas que parmi les névropathes soumis à chaque instant aux expertises médico-légales, aucun hystérique ne puisse manifester un trouble des facultés morales et intellectuelles sans le trait d'union fatal exigé par M. Colin. Sa thèse même contient des observations que nous pourrions citer à l'appui de notre manière de voir. Cette discussion critique ne nous a pas paru déplacée ici, car il est certain

(1) *Essai sur l'état mental des hystériques* (Th Paris, 1890).

(2) Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences (Le Hâvre, 1877).

que l'état mental attribué jusqu'ici aux hystériques crée des conditions favorables à l'éclosion et au développement des idées que nous retrouvons dans nos autres classes d'aliénés persécuteurs.

II

Même circonscrite aussi étroitement que possible par les limites que nous venons de lui tracer, la classe des aliénés persécuteurs nous offrira un champ d'observation suffisamment fertile, tant par le nombre de ses sujets que par la multiplicité et la variété des occasions dans lesquelles le médecin légiste est tenu de s'occuper d'eux. Leur état-major tient souvent la place d'honneur dans les colonnes de la grande presse. Il s'en prendra aux chefs d'États et aux autres hommes politiques en vue et dirigera contre eux des manifestations dont la gravité ira jusqu'à l'assassinat : bien des criminels groupés par M. Régis dans ses études sur les régicides (1) nous appartiennent de droit comme aliénés persécuteurs. Ceux qui n'arrivent pas à cette célébrité constituent une véritable armée obsédante et menaçante, dont les victimes sont souvent des parents et des amis, mais aussi, et avec une prédilection spéciale, tous ceux qui, à un titre quelconque, sont les représentants des pouvoirs publics. Ce n'est pas une quantité négligeable que la somme de temps et de travail perdue dans les cabinets administratifs et judiciaires pour recevoir les visites des persécuteurs, prendre connaissance de leur correspondance prolixe entre toutes, et combattre leurs actes excentriques ou dangereux. Le médecin est aussi choisi par eux comme point de mire avec une propension bien connue, surtout s'il les a soigné dans un asile ou examiné en vue d'une expertise. Je n'en suis plus à compter les périodes de ma carrière médico-légale où j'ai dû consigner à la porte de mon cabinet l'un de ces clients incommodes.

Le persécuteur n'affecte pas toujours des allures expansives qui permettent de se mettre en garde contre ses agressions ; il n'en deviendra que plus dangereux lorsqu'il cencentrera ses conceptions délirantes jusqu'à l'explosion finale. Parmi les per-

(1) In *Arch. d'anthrop. crim.* et *Bibliothèque de criminologie,* 1890.

sécuteurs, il existe des *persécuteurs latents*, malgré le contraste apparent du sens de ces deux mots. Nous ne croyons pas inutile de mettre ici en lumière, à l'aide de quelques exemples, cette variété dont l'existence est souvent méconnue.

Un maçon, âgé de 30 ans, habitant un petit hameau du département de l'Ain, voit passer devant son domicile une femme de ses voisines tenant sur les bras un de ses enfants ; sans provocation ni discussion préalables, il lui tire cinq coups de revolver. L'enquête ne révèle aucun indice de nature à expliquer cet attentat; l'inculpé refuse de répondre et présente des allures suspectes au point de vue de la simulation de la folie. Commis pour l'examiner, je découvre, caché sous un état de stupeur lypémaniaque qui persistera de longs mois et cèdera lentement au traitement institué à l'asile Saint-Georges (de Bourg) par M. le docteur Aloyse Adam, des idées de persécution ayant germé sur un terrain héréditaire et nettement circonscrites à la victime de notre sujet. Persuadé qu'elle répandait des bruits calomnieux sur son compte, avait empêché son mariage, mélangeait des matières suspectes à ses aliments, venait le voler en son absence, etc., il s'était déjà livré envers elle à des menaces significatives. Mais sa famille avait soigneusement caché ces faits jusque dans le cabinet du magistrat instructeur (1).

Dans cette observation, la dissimulation des idées de persécution paraissait surtout due à l'excès du caractère dépressif de l'affection mentale. Mais souvent elle aura sa source dans des actes cérébraux témoignant d'une initiative mentale plus nette. Le persécuteur, avons-nous dit, a conservé la faculté du raisonnement : aussi dissimulera-t-il ses idées délirantes avec un rare talent et une persistance inébranlable lorsque son intérêt sera en jeu et surtout lorsqu'il voudra obtenir sa mise en liberté. M. Marandon de Montvel en a rapporté un exemple instructif : c'est celui d'un aliéné héréditaire, qui fut assez habile pour dissimuler pendant plus d'un an ses idées de persécution à trois experts et tua sa mère le soir même où il était sorti de son asile (2).

Un ancien instituteur est interné depuis de longues années dans un asile du département du Rhône C'est un délirant persécuté, qui s'est livré à des actes de violence envers sa femme, à des menaces contre le médecin de l'asile ; il est facilement excitable

(1) Mon rapport médico-légal sur cette affaire a été publié dans les *Archives d'anthropologie criminelle* de 1888.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1889.

et même violent, son diagnostic est corroboré par les lettres qu'il a adressé pendant longtemps aux autorités. Une personne qui l'a connu autrefois le retrouve calme en apparence et entreprend pour sa sortie une campagne dont il peut suivre les incidents dans les journaux locaux. Commis pour l'examiner par l'autorité préfectorale avec MM. les docteurs Brun et Rebatel, nous nous trouvons alors en présence d'un individu mis sur ses gardes et qui prend vis à vis de nous des précautions méticuleuses, suspectes par leur excès même, afin de nous convaincre qu'il n'a pas d'idées de persécution. Pour être plus sûr de ne pas se compromettre, il refuse de nous répondre quand nous nous présentons une seconde et une troisième fois, et il ne nous donne pas une ligne de son écriture, tandis qu'il passe la plus grande partie de son temps à consigner ses idées dans des lettres soigneusement cachées.

Expansifs ou latents, les aliénés persécuteurs sont peut-être, de tous les aliénés, ceux dont la vie est la plus fertile et la plus variée en incidents judiciaires. Grâce à la conservation du raisonnement et à son adaptation aux idées délirantes qui constituent le fond de leur maladie, grâce aussi à leur maintien prolongé en liberté pendant le cours d'une affection toujours longue, ils sont à chaque instant exposés à commettre des infractions à la loi. Une forte proportion des attentats à la vie causés par la folie est de leur fait; mais en outre, on les retrouve avec une déplorable fréquence dans les vols, escroqueries et autres attentats contre la propriété.

Parfois enfin les délits les plus inattendus, les plus étrangers en apparence à la satisfaction de leurs revendications insatiables, seront commis par ces malades. Il y a quelques années l'un d'eux vint ternir, malgré une expertise dont je fus chargé, l'honneur d'une excellente famille sur les bancs de la police correctionnelle pour une tentative de chantage des plus maladroites. M. Marandon de Montyel a relaté l'observation d'une délirante persécutée poursuivie pour une série de faux accomplis sous l'empire d'idées pathologiques curieusement compliquées (1). J'ai été commis au commencement de cette année pour examiner l'état mental d'un homme de 51 ans, inculpé de détournement de mineure et d'attentat à la pudeur. Il s'agissait d'un persécuteur typique bien connu du commissaire de police de son quartier, qu'il assaillait

(1) *L'encéphale*, 1886.

de plaintes continuelles, prétendant être volé par toutes les femmes de mœurs au moins légères qu'il attirait chez lui, dénonçant des bandes imaginaires de voleurs et d'assassins, etc. Après avoir accusé plus spécialement pendant plusieurs mois une maîtresse transitoire qui lui avait promis de venir tenir son ménage, après avoir forgé à ce sujet une correspondance bizarre ne comprenant pas moins de 155 pièces dont la lecture fut décisive pour moi, il avait eu l'idée d'aller enlever la petite fille de cette femme et de la faire coucher dans sa chambre.

Rappelons enfin que le rôle judiciaire des aliénés persécuteurs n'est pas limité aux procès criminels et que leurs idées délirantes sont fréquemment la base de procès civils ; Krafft-Ebing les a certainement pris pour modèles quand il a décrit son *délire quérulent*.

III

Si les juristes et les biologistes appelés journellement à déterminer la responsabilité légale des prévenus suspectés de folie étaient d'accord sur les principes qui doivent les guider dans ces missions et sur les limites respectives des rôles qu'ils doivent y remplir, il nous serait assez facile d'en déduire des règles pratiques applicables aux aliénés persécuteurs. Mais il est loin d'en être ainsi, et l'heure actuelle semble même marquer une phase aiguë et pleine d'incertitudes dans l'évolution de cette question capitale. Sur ce point comme sur tant d'autres, la rénovation contemporaine de la psychologie fait pénétrer des données positives dans les théories philosophiques anciennes. L'anthropologie criminelle s'attaque sans relâche aux abstractions sur lesquelles nos devanciers ont basé la rédaction de nos codes. Elle a pour complice plus ou moins consciente l'opinion publique qui a trop souvent sous les yeux des preuves de l'insuffisance de la répression pénale pour ne pas se méfier de la solidité des principes de ce rouage social.

La majorité des hommes de loi reste encore fidèle aux fondements classiques de la responsabilité et proclame par la plume d'un de ses représentants les plus distingués, M. Proal, conseiller à la cour d'Aix, l'indissolubilité du lien qui lie la responsabilité

légale à la responsabilité morale. (1) Mais, même dans la magistrature, des voix discordantes s'élèvent et M. Tarde déclare « qu'il est impossible d'asseoir plus longtemps la notion de culpabilité sur cette hypothèse qu'un homme, au moment où il a commis un crime dans telles circonstances internes ou externes déterminées, aurait pu agir autrement » (2). A côté du radicalisme positiviste de l'école d'E. Ferri sapant tout autre fondement de la responsabilité légale que l'idée de défense sociale, on propose, pour maintenir dans l'appréciation de la responsabilité une place à l'idée de culpabilité, des solutions parfois ingénieuses, trop ingénieuses même pour s'appliquer aux nécessités de la pratique.

Devant cette incertitude de principes, certains médecins aliénistes appréhendent de s'engager sur ce terrain glissant ; ils demandent à se cantonner dans l'observation clinique de leurs malades, laissent aux juristes le soin d'en tirer telle ou telle conclusion légale et refusent de se prononcer sur les questions de responsabilité. C'est ainsi que M. Ch. Feré déclare que : « la question de la responsabilité est du domaine de la fiction et la compétence des médecins est toute entière dans le domaine des faits matériels. (3) » C'est opposer aux demandes des magistrats une fin de non-recevoir présentée sous une forme plus détournée, mais aussi formelle au fond, que de refuser d'admettre avec M. V. Parant (4) le terme moyen de la responsabilité atténuée ou partielle entre la responsabilité et l'irresponsabilité entières.

Pour ma part, je n'ai pu arriver à concilier une théorie de responsabilité avec les exigences pratiques sans faire préalablement abstraction des idées de libre arbitre et de démérite. J'ai, en deux occasions, (5) demandé la suppression de l'art. 64 de notre Code Pénal, estimant que l'aliénation mentale sous toutes ses formes devait figurer dans les procès comme élément *graduateur*, et non comme élément *éliminateur* de la responsabilité.

(1) Voir de cet auteur, trois articles parus en 1890 dans la *Revue philosophique*, les *Annales médico-psychologiques* et les *Archives de l'anthropologie criminelle*.

(2) *Actes du Congrès d'Anthropologie criminelle de 1889*, p. 92.

(3) *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 602.

(4) *La raison dans la folie*, chap. V.

(5) Dans mes *Leçons sur la folie* faites à la Faculté de droit de Lyon en 1888 et dans la discussion du travail de Tarde cité plus haut (*Actes du Congrès d'anthropologie crim.* de 1889, p. 367 et suivantes).

Mais, en attendant la réalisation de ces réformes de l'avenir, je ne crois pas que nous puissions nous soustraire aux exigences de l'heure présente. Tenus d'appliquer un article du code qui supprime la qualification de crime ou de délit à l'acte commis *dans un état de démence,* les magistrats s'ingénient de plus en plus à nuancer sa jurisprudence, et à la baser sur l'observation médicale dont la compétence n'est plus contestée sérieusement en pareille matière. La question de responsabilité qu'ils nous posent comme corollaire médico-légal de notre conclusion diagnostique présente un sens assez précis pour nous permettre de mesurer d'avance toute la portée de notre réponse. Nous savons que l'irresponsabilité absolue s'applique à l'individualité nettement pathologique et que la responsabilité entière découle de la constatation d'un état mental rentrant dans la moyenne normale. Nous voyons enfin de plus en plus généralement accepter nos déclarations de responsabilité atténuée ou limitée, les seules applicables en bonne justice à une masse de sujets en équilibre mental instable, arrêtés pour le moment sur la pente d'une affection qui pourra rester longtemps encore à l'état d'ébauche, cantonnés dans la célèbre *zone mitoyenne* de Maudsley entre le crime et la folie. Notons que dans ces cas la justice conserve toute latitude pour graduer la répression; jamais elle ne m'a demandé de lui fragmenter une responsabilité en quantités déterminées. Il nous semble dans ces conditions que le rôle de l'expert n'excède pas les limites de sa compétence professionnelle et nous estimons que le médecin qui le remplit exerce un devoir aussi utile que conforme à sa dignité.

Cherchons à déduire de ces considérations quelques préceptes applicables à nos aliénés persécuteurs, en faisant remarquer incidemment que peu d'expertises mentales exigent plus constamment que celles-là une observation directe prolongée et patiente. Bien qu'en médecine légale chaque cas doive être apprécié par ses éléments propres, nous croyons pouvoir poser les règles générales suivantes :

Le persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution classique. Peu d'affections mentales sont en effet plus solidement organisées avec ses idées fixes, ses hallucinations sensorielles, sa chronicité presque fatalement incurable et sa continuité telle qu'on peut encore mettre en doute l'existence de remissions *vraies* dans son cours. Du reste, s'il est un genre de folie au sujet duquel la

pratique judiciaire ait été influencée en France par les progrès de la science médico-psychologique, c'est certainement celui-là. Nos magistrats savent en général admettre cet état pathologique malgré la rareté relative de ses actes expansifs et la conservation du raisonnement. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que, pour les affaires correctionnelles, le triage des inculpés soit toujours fait à ce point de vue suivant les exigences les plus rigoureuses de la médecine mentale. Mais pour les affaires criminelles, une étude du mouvement médico-légal contemporain en France et dans les pays de langue anglaise nous autorise à déclarer que dans cette question nos Parquets font preuve d'idées beaucoup plus avancées que les Grands Jurys (jurys d'accusation) anglais et surtout américains. Un inculpé chez lequel l'expert diagnostique un délire de persécution voit en général clore les poursuites par un arrêt de non-lieu. De nos jours, Aubanel n'aurait pas à défendre l'assassin Biscarrat (1) devant un jury, mais seulement dans le cabinet du juge d'instruction. Tardieu ne trouverait plus le pendant du procès de John Piers, aliéné persécuté typique qui fut traduit et condamné aux assises de Saint-Omer en 1855 pour assassinat (2).

Mais pour les autres variétés d'aliénés persécuteurs, nous devons reconnaître que la question change notablement de face. Le fond pathologique du persécuteur raisonnant est d'une contexture moins solide que celui du persécuteur persécuté. Les dégénérés héréditaires supérieurs (Magnan), les fous moraux, les névropathes hystériques, qui se présentent alors à nous, sont remarquables par l'inégalité de leurs manifestations psychiques. A côté de lacunes parfois énormes, la conservation et même le développement anormal de certaines facultés cérébrales sont alors éminemment propres à dérouter l'observateur étranger à la médecine mentale, et même l'expert à un examen superficiel. La facilité et la lucidité de la conversation, les caractères souvent séduisants de l'habitus général, l'absence presque indéfinie de tout symptôme démentiel, sont des éléments diagnostiques peu favorables pour imposer une étiquette pathologique. L'embarras redouble dans les formes frustes ou commençantes de ces affections. Tout en combattant la hardiesse de certaines assimilations faites par l'école de Lombroso, n'est on pas forcé de reconnaître

(1) *Ann. méd. psych.* 1845.

(2) *Etude médico-légale sur la folie*, obs. XIII.

que le diagnostic différentiel entre le fou moral et le criminel-né manque de base scientifique précise?

C'est dans ces cas que l'expert sera heureux de pouvoir abriter ses incertitudes cliniques derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégénérescence et d'actes cérébraux anormaux, nous devrons aller plus loin et déclarer ces persécuteurs aussi irresponsables que la variété précédente. Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, états dont nous nous garderons bien, et pour cause, de tracer la démarcation, le médecin fera, quoi qu'on en ait dit, une œuvre à la fois scientifique et utile en énonçant l'atténuation de la responsabilité.

Sur ce terrain encore, notre magistrature tend de plus en plus à suivre les conseils de ses médecins légistes. Si nous avions à faire le dénombrement de tous les persécuteurs raisonnants condamnés de nos jours, nous en trouverions un nombre respectable dans les prisons à courte peine. Mais leur proportion diminuerait singulièrement dans les maisons centrales et à la Nouvelle-Calédonie : nous ne croyons pas que dans la génération actuelle un seul ait subi la peine capitale.

IV

Nous aurions voulu donner à l'étude de la responsabilité légale de l'aliéné persécuteur une portée pratique décisive en y rattachant directement les indications de sa séquestration. Mais notre Code pénal en a décidé autrement et nous ne pouvons que protester, après bien d'autres, contre l'insuffisance de l'unique article où il tranche en une ligne la grosse question de la folie criminelle. Soustrait à la justice par l'absolution majeure de l'article 64, l'aliéné persécuteur, cet individu dangereux entre tous les aliénés, retombe sous la surveillance de l'autorité administrative ni plus ni moins que le fou le plus inoffensif. Sa séquestration n'a légalement rien d'obligatoire, et si en pratique elle est souvent l'épilogue des poursuites dont il a été l'objet, elle n'est réglementée par aucune disposition spéciale et finira dans

les conditions prescrites par la loi de 1838 pour les sorties de tous les aliénés. Inutile d'insister sur cette grave lacune dans l'organisation de notre répression pénale.

Et d'abord l'aliéné persécuteur est-il justiciable de la séquestration *en principe*, quelle que soit l'influence que tel ou tel incident de sa maladie doive avoir sur l'opportunité et la durée de cette mesure ? Nous ne saurions trop hésiter à répondre si nous nous laissions influencer par les soupçons et les accusations que ces internements valent à chaque instant un corps médical. En effet, l'aliéné persécuteur fournit la grande majorité des héros de ces récits de séquestrations arbitraires par lesquels la presse est parvenue à fausser l'opinion publique d'une manière si remarquable au sujet du traitement de la folie ; par une étrange interversion de rôles, ces êtres obsédants et placés par la maladie en immiscence criminelle continue se trouvent transformés en victimes, dès qu'on prend contre eux des mesures restrictives d'une liberté dont ils font un si singulier usage.

Mais, toute hésitation cessera si nous n'écoutons que notre devoir et notre conscience; nous déclarerons que la séquestration est applicable à tout aliéné persécuteur et que les indications de cette mesure, loin d'être outrepassées par la pratique actuelle, pourraient avec avantage être multipliées. En fait, un commissaire de police ou un maire engagera bien rarement l'initiative de l'Administration, en provoquant un placement d'office, lorsqu'un aliéné persécuteur ne lui aura été signalé que par les plaintes de ses voisins ou même des visites et des écrits excentriques ; il exigera pour agir des actes nettement menaçants ou au moins une excitation très inquiétante. Les familles, trompées elles aussi par l'évolution si longtemps silencieuse de la maladie, leurrées de l'espoir de pouvoir soigner chez elles une affection mentale comme une affection physique, éprouvent des scrupules analogues pour se séparer de ces sujets par des placements volontaires.

Et pourtant pour cette classe d'aliénés comme pour les autres, la séquestration se présente comme la mesure la plus conforme à la fois aux intérêts de l'aliéné et à ceux de la société. Considérée au premier point de vue, elle soustrait le malade à des chances de suicide et le fait bénéficier de tous les autres avantages thérapeutiques de l'asile. La fréquence de l'incurabilité du délire de persécution ne proviendrait-elle pas de ce que dans cette affection on ne se décide à l'internement qu'à une période déjà avancée de son développement?

Au point de vue du danger pour autrui, comment pourrait-on méconnaître les avantages uniques de la séquestration? Dangereux, le persécuteur l'est toujours, mais il le devient de diverses manières. On est trop porté à croire qu'il ne peut se laisser aller à des actes criminels qu'au fur et à mesure de l'évolution d'un délire dont les étapes régulières peuvent être diagnostiquées. Chez ces malades, le crime logique et préparé de longue date n'est pas le seul qu'ils commettent. Laissé livré à lui-même, l'aliéné persécuté pourra brusquement rencontrer sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables. Un fait lyonnais, déjà cité par M. Max Simon (1), fournit un exemple typique de l'éventualité que nous signalons : un persécuté, qui se croit comme tant d'autres, victime de la *physique*, lit sur un mur le programme des cours de la Faculté des Sciences et y voit annoncé le cours de physique de M. Tabareau ; immédiatement il se rend chez ce professeur armé d'un fusil chargé pour faire cesser ses persécutions. Combien d'autres faits aussi instructifs ne pourrait-on pas citer pour combattre la tendance aux atermoiements trop répandue en pareille matière ? On peut séquestrer trop tard un persécuteur, on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt.

Parmi les dangers presque spéciaux au persécuteur qui créent une indication encore plus décisive pour son internement, signalons les chances de contagion mentale qu'il répand dans son entourage et dont les observations contemporaines de *folie communiquée* offrent de beaux exemples. C'est ainsi qu'il y a quelques années j'ai pu débrouiller le fil d'une instruction criminelle d'apparence très compliquée en établissant l'existence d'une véritable épidémie familiale de délire de persécution. Un héréditaire persécuteur, processif et écrivassier, dont les tendances pathologiques étaient exagérées par sa cohabitation avec une femme aussi aliénée que lui, avait fait à sa sœur une blessure assez grave. Cette dernière, prédisposée par la même tare que son frère, se mit à délirer sous l'influence du traumatisme et harcela le juge d'instruction chargé de son affaire de révélations sur de nouvelles agressions dont elle était victime chaque nuit. Ces révélations avaient d'autant plus de poids que les deux enfants de la victime les confirmaient par des témoignages plus précis de jour en jour, et pourtant l'enquête de la police vint en

(1) *Crimes et délits dans la folie*, p. 14.

démontrer la fausseté complète. Tout rentra dans l'ordre par l'internement de l'inculpé dans un asile et l'envoi des enfants à la campagne loin de leur mère pendant quelques semaines.

Le problème de la séquestration se complique, si nous l'envisageons au point de vue de sa durée. Si nous reprenons nos deux grandes variétés d'aliénés persécuteurs, nous rappelerons que le persécuteur persécuté est avant tout un chronique, nous pourrions même dire un incurable; son délire stéréotypé peut se prolonger sans diminution de sa virtualité dangereuse pendant de longues années (20 et 33 ans dans deux observations de M. H. Dagonet)(1), à peine atténué par le régime de l'asile qui ne parvient guère à lui procurer plus que des pseudo-rémissions. On comprend que dans ces conditions le médecin témoigne pour autoriser la sortie de ces sortes de pensionnaires un empressement exactement inverse de celui qu'il aura mis à favoriser leur entrée.

Il aura le droit d'être moins réservé pour les persécuteurs raisonnants. Ces personnalités plus expansives, dont le délire, à l'inverse des précédentes, procède par bonds et sans enchaînement de phases régulières, éprouvent en général un effet thérapeutique très remarquable de leur séjour dans un asile. Une fois soustraits aux excitations de la vie commune et soumis à un régime disciplinaire régulier, ils s'améliorent, parfois très rapidement, et manifestent un équilibre cérébral qui fait illusion aux observateurs superficielles et même ne permet pas légalement au médecin de maintenir leur séquestration. Il va sans dire que leur mise en liberté sera le signal de la reprise, soit des mêmes actes et des mêmes idées délirantes, soit d'autres syndromes épisodiques, d'où renouvellement de la nécessité de l'internement avec ou sans l'intermédiaire de la prison. N'oublions pas que dans ces cas aussi la démence se fait attendre de longues années, hâtée quelquefois par une désintégration cérébrale due à des ictus congestifs successifs.

V

Une étude de la séquestration de l'aliéné persécuteur ne serait pas complète si nous ne serrions de plus près les rapports de son indication et de sa durée avec les crimes et délits commis

(1) Etude clinique sur le délire de persécution (*Ann. méd.-psych.*, 1890).

dans cette forme de folie. Il est rationnel d'opposer ici à la séquestration *préventive* la séquestration que nous avons bien de la peine à ne pas appeler *pénale*.

Cette dernière qualification ne peut manquer de soulever les anathèmes des partisans des bases traditionnelles de la responsabilité légale. Ces criminalistes sont tenus de combattre l'idée d'une graduation de la séquestration fondée sur la nature de l'infraction à la loi qui l'a provoquée. Et pourtant, Aubanel déclarait il y a un demi-siècle que tout aliéné assassin doit être interné pour la vie ; un grand nombre d'aliénistes, entre autres MM. Christian et Ritti, ont adhéré depuis à son opinion et nous n'avons pas connaissance de critiques bien vives adressées par nos légistes à cette pratique, assez générale en France. La loi d'Aubanel, convenons-en, répond à un besoin de défense et de réparation sociales qui, pour n'être pas proclamé officiellement, n'en est pas moins universellement ressenti; l'opinion publique est satisfaite quand un assassin pathologique subit, par une sorte de réclusion perpétuelle, un châtiment analogue à celui qui est réservé de nos jours à la presque totalité des grands crimes de sang.

Mais qu'on nous concède que cette règle est d'une simplicité trop brutale pour reposer sur une base clinique et thérapeutique. L'accomplissement d'un crime ne sous-entend pas nécessairement la persistance indéfinie d'impulsions dangereuses. Il semble même que chez certains persécuteurs, le meurtre de leur principale victime puisse jouer le rôle d'une détente mentale curative. Jean Martin, dont MM. Legrand du Saulle et Lagardelle ont publié la curieuse observation (1), mourut 14 ans après avoir assassiné un vieillard qu'il accusait de le déshonorer; depuis son crime les hallucinations auditives avaient cessé et toute impulsion dangereuse faisait défaut.

Nous pensons que, pour ce point délicat, il serait utile de consulter la pratique de nos voisins d'Outre-Manche, chez lesquels la question des aliénés criminels a fait un si grand pas en 1863 par l'ouverture de l'asile de Broadmoor. Tous ceux qui, de même que l'auteur de ce travail, ont visité cet établissement remarquable, ont dû être frappés par son caractère au moins aussi pénitentiaire qu'hospitalier. L'opinion publique ne s'y trompe pas en Angleterre et M. Savage déclare que les condamnations purement

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1877.

pénales y sont estimées moins rigoureuses qu'un internement à Broadmoor. Le nom de Broadmoor, dit-il, résonne comme une condamnation pour la vie, *Broadmoor sounds like a life sentence* (1).

Si nous cherchons à nous faire une opinion plus exacte en consultant les documents statistiques contenus dans les rapports officiels de cet établissement, nous voyons dans le dernier d'entre eux (2) que depuis 1863 jusqu'à la fin de 1889, Broadmoor a reçu 1848 pensionnaires, dont 986 criminels déclarés aliénés pendant leur procès, et 862 condamnés reconnus aliénés en prison. 156 seulement ont été mis en liberté comme guéris (*recovered and discharged*) dont 141 de la première catégorie et 15 de la seconde. Dans quelles conditions se sont effectuées ces sorties? Voici ce que nous écrit récemment à ce sujet notre distingué confrère, le Dr David Nicolson, surintendant de l'Asile :

« Le nombre des sorties n'indique pas réellement le nombre « des malades qui, sous l'influence du traitement et de la surveil- « lance de Broadmoor, se calment, deviennent tranquilles, et si vous « voulez, guérissent au point de vue médical, mais qui ne peuvent « pas être mis en liberté, à cause d'un ensemble de circonstances « se rapportant à leur crime, au laps de temps pendant lequel ils « n'ont pas eu de rechute à Broadmoor, à la nature de la surveil- « lance qui pourrait être exercée sur eux par leurs parents lors de « leur sortie, et aussi à la tendance qu'ils auraient à la récidive de « leur folie si on les affranchissait de la séquestration et de la sur- « veillance de l'asile. En d'autres termes, un certain nombre des « pensionnaires de Broadmoor y sont retenus, non pas tant à « cause de leur folie actuelle qu'en raison des dangers que ferait « courir leur mise en liberté. Certainement si plusieurs d'entre « eux avaient été traités dès le début dans un asile ordi- « naire, sans avoir commis de crime, ils en seraient sortis. « Il est évident que dans ces cas la folie ayant développé des « tendances homicides ou dangereuses, c'est pour la sécurité « publique qu'ils sont détenus à Broadmoor. A très peu d'excep- « tions près, la sortie de nos pensionnaires n'est que *condition- « nelle*, c'est à dire que le sujet est confié aux soins des parents « qui s'engagent à adresser au surintendant de Broadmoor des

(1) A plea for insanity (*Journal of mental science*, avril 1891).

(2) Reports upon Broadmoor criminal lunatic azylum, with statistical tables, for the year 1889 (tableaux 2, 4, 21, 22, 23).

« rapports périodiques sur l'état mental de ces individus. Si je « reçois un rapport défavorable, je fais reprendre et réintégrer le « malade, après avoir obtenu du secrétaire d'Etat un arrêt *ad hoc*, « c'est-à-dire un *warrant* de nouvelle arrestation. Il n'est pas « nécessaire que le sujet ait commis une *nouvelle* infraction à la « loi, il suffit qu'il soit retombé dans la folie. »

50 des sujets libérés sont rentrés une fois à Broadmoor,2 femmes y sont internés pour la troisième fois. Quelques uns de ces malades se sont présentés d'eux-mêmes, ayant conscience de leur rechûte.

Nous avons pensé qu'il y avait un intérêt spécial pour la question des aliénés persécuteurs à étudier à part les sorties des aliénés les plus dangereux, c'est-à dire les aliénés coupables d'homicides commis ou tentés. M. Nicolson nous fournit encore sur ce point de précieux renseignements :

De 1863 à la fin de 1889, les pensionnaires homicides de Broadmoor ont fait l'objet de 910 admissions ou réadmissions et de 119 mises en liberté. Mais ces 119 cas ne portent que sur 113 aliénés internés avant toute condamnation,la différence des chiffres provenant de 4 condamnés et des deux triples admissions signalées plus haut. De ces 113 sujets, 19 seulement ont été réinternés, *dont un seul pour un nouveau crime* et les autres pour une simple rechute. En ajoutant à ces faits quelques réinternements d'anciens pensionnaires de Broadmoor dans d'autres asiles, M. Nicolson évalue à un peu moins de 20 pour 100 la proportion des aliénés homicides qui ont des récidives de folie après leur sortie.

On reconnaîtra avec notre honorable confrère que « ces docu- « ments montrent premièrement le soin qui préside à la sélection « de ceux qu'on met en liberté, et secondement les qualités « offertes par les parents qui se chargent de surveiller ces pen- « sionnaires ; ce sont des personnes sûres et consciencieuses qui « signalent avec soin les rechutes dans leurs rapports ».

C'est dans cette double sélection, et des aliénés guéris et de leur gardiens, qu'est sans contredit le nœud de la question, et l'exemple de Broadmoor nous apprend qu'avec ces réserves prudentes, il n'existe pas de crime qui par lui-même constitue une contre-indication à une mise en liberté éventuelle. Notons que presque tous les pensionnaires homicides de Broadmoor qui ont bénéficié de cette mesure avaient commis, non pas l'homicide simple qualifié de *manslaughter* par la loi anglaise, mais l'attentat grave dénommé *murder* qui correspond dans notre code à l'assassinat et au meurtre (y compris l'empoisonnement et l'infanticide).

Nous reconnaîtrons cependant que pour aucune classe d'aliénés plus que pour les persécuteurs la circonspection n'est nécessaire en pareille matière, le pronostic plus délicat. Constatons aussi que nous sommes mal préparés en France pour l'adoption de la pratique anglaise par le peu d'efficacité de l'appui que l'administration trouverait dans les familles. On pourrait peut-être attendre beaucoup du développement des sociétés de patronage pour les aliénés libérés.

VI

L'aliéné persécuteur est destiné en somme, suivant nous à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de sa maladie. S'ensuit-il que les conditions matérielles dans lesquelles se fait en France l'hospitalisation de ces sujets ne laissent actuellement rien à désirer ? Après avoir dans le cours de ce travail étudié, à propos des persécuteurs, plus d'une question applicable à toutes les classes d'aliénés, je me vois amené à traiter ici des réformes à introduire dans l'organisation générale des asiles publics. Je ne puis qu'effleurer en terminant ce vaste sujet par quelques remarques.

J'ai eu déjà l'occasion de critiquer, après bien d'autres, (1) le système d'hospitalisation actuel de nos aliénés et de faire ressortir combien sa conception administrative répondait peu aux besoins de notre époque. J'ai surtout insisté sur l'utilité d'appliquer de plus en plus le principe de la différentiation des modes d'assistance suivant telle ou telle classe de malades et de réserver l'asile actuel, d'un entretien si couteux, aux aliénés justiciables de l'intervention médicale.

Le *statu quo* n'a pas manqué de défenseurs qui ont surtout justifié la promiscuité actuelle par des raisons économiques et financières assez éloignées du point de vue thérapeutique auquel je m'étais placé. Pourtant des voix discordantes se font parfois entendre, même du côté administratif. Certaines assemblées départementales ne sont pas sans appréhensions sur l'avenir de leurs asiles qui, encombrés de cérébraux incurables et d'autres

(1) Dans mes *Leçons à la Faculté de droit de Lyon* citées plus haut.

non-valeurs sont conduits fatalement à une extension qui dépasse toutes les prévisions.

Mais voici qui est plus grave : deux révoltes éclatent coup sur coup dans les services d'aliénés de la Seine, et, dans la discussion qui s'ensuit à la Société médico-psychologique nous recueillons des aveux précieux. M. Rouillard déclare spirituellement que le *tout à l'égout* des hygiénistes à son pendant dans le *tout à l'asile* de l'Administration. Les chefs de service des asiles parisiens se plaignent de recevoir au milieu des fous véritables des alcooliques maintenus après leur guérison comme serviteurs auxiliaires, des individus plus criminels qu'aliénés, et d'autres sujets à étiquettes pathologiques vagues, réfractaires à la discipline et exerçant une influence pernicieuse sur l'observation de la vie réglée si indispensable au traitement hospitalier de la folie.

Ces critiques comportent des applications spéciales à la catégorie d'aliénés que nous étudions. Il est certain que la séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades incommodes ou agressifs et soumis, au moins par intermittence, à un régime moins voisin du régime pénal que celui de nos grands asiles. Dans les réformes de l'avenir, il y aurait à tenir compte de l'influence que pourraient exercer sur leur état mental d'autres formes d'assistance, telles que la colonie agricole. Enfin pour les persécuteurs signalés par un caractère dangereux intense et incurable, je ne verrais que des avantages à les transporter très loin des lieux où s'est organisé leur délire. La Nouvelle-Calédonie a bien assez de place pour leur installer, à côté de ses établissements pénitentiaires, une colonie où ils trouveraient dans un travail approprié une diversion à leurs idées pathologiques et seraient en même temps soustraits par l'éloignement aux occasions incessantes qui en ont fait les fléaux de leurs concitoyens de la mère-patrie.

DE L'ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES

PAR

le Docteur LACOUR

Médecin honoraire de l'Antiquaille
Membre de la Société médico-psychologique

> La société doit des soins aux épileptiques, simples indigents, que la plupart des établissements hospitaliers refusent de garder, la première crise passée, ou même de recevoir, qui, renvoyés des ateliers, suspects dans les campagnes, promènent leur mal sur les grands chemins
> (REINACH, *Projet de loi sur les aliénés*).

Considérée d'une manière générale, l'assistance des épileptiques embrasse tous les indigents atteints de la névrose convulsive. On les classe suivant que la maladie a anéanti l'intelligence ou ne l'a troublée que, momentanément, sans interruption de la vie sociale. Les premiers tributaires de la loi du 30 juin 1838 sont dits *épileptiques aliénés* ; les seconds sont qualifiés d'*épileptiques simples*.

I

Suivant quelques médecins d'asiles, cette distinction est purement fictive ; pour eux tout épileptique est un aliéné. Cette confusion tient au champ d'observation.

Elle n'est point faite par ceux qui ont observé les épileptiques dans les familles, et Garimond est dans le vrai en affirmant « qu'en

dehors des asiles, il existe des épileptiques dont les attaques laissent dans leur intervalle l'intelligence nette et lucide, au point que celui qui ne possède pas le secret de cette infirmité, ne peut, en voyant le malade, en concevoir le moindre soupçon. »

Delasiauve a toujours soutenu, qu'en principe, un épileptique n'était pas un aliéné, que les désordres psychiques auxquels l'exposait, momentanément, sa maladie n'autorisaient point à dénaturer son caractère et que son irresponsabilité ne pouvait être décrétée *de plano*, et qu'il fallait qu'elle résultât du lien de l'acte avec le psychisme morbide.

Cette étiquette d'aliénés, si souvent octroyée, à Paris surtout, à tous les épileptiques, n'est-elle pas une manifestation de charité? Lorsqu'un épileptique, universellement repoussé, se présente désespéré au dépôt de la préfecture de police, le médecin de service, s'il veut le placer en lieu sûr, pour lui être sincèrement secourable, est obligé comme l'a dit pittoresquement Legrand du Saulle, de lui jeter sur les épaules la livrée du délire. Les médecins de Sainte-Anne, de Bicêtre, de la Salpétrière, chargés de contrôler ce mode d'admission, ne sont pas dupes de ce procédé *in extremis;* ils l'acceptent comme des complices.

Hors de Paris, les médecins n'ont pas la ressource de cette complicité de bon aloi. Pour être assisté, l'épileptique est obligé de passer par la filière lente et formaliste des bureaux. Et s'il n'a pas de puissantes recommandations, il est éconduit, après enquête, sous prétexte que les fonds spéciaux de secours sont épuisés. Pour lui, la loi, malgré son texte formel, est lettre morte. Il ne reste d'autre parti à ce paria « qui vit inavoué et meurt renié », que le vagabondage qui le conduit à la prison ou au dépôt de mendicité pour une durée malheureusement temporaire.

Le dénombrement des épileptiques en France est impossible à établir. Tant de familles, dont les médecins sont les confidents, cachent à tous les regards la tare néfaste !

Legrand du Saulle en fixe le chiffre à 40,000(1). Lunier établit sur des documents officiels que le nombre des épileptiques avoués ne dépasse pas le chiffre de 33,225 qu'il décompose ainsi : 3.550 internés comme aliénés, 1.650 placés comme non aliénés dans les établissements spéciaux, hôpitaux ou hospices d'une certaine importance ou desservis dans de petits hospices. Les 28.000

(1) *Etude médico-légale sur l'épilepsie*, 1877.

restant sont conservés dans leurs familles ou errent à l'aventure (1).

Pour les épileptiques simples, les budgets départementaux n'affectaient en 1880 qu'une somme de 33.492 fr. et nous sommes presque fiers de constater que le département du Rhône entre pour 20.326 francs dans ce budget infinitésimal.

Quand on compare ce budget, même avec les augmentations faites depuis 12 ans dont seuls ont profité les enfants épileptiques de la Seine réunis aux enfants idiots, avec les dépenses énormes consacrées à d'autres affligés, on est confondu de la disproportion entre ces privilégiés et ces déshérités autour desquels se fait un vide qui touche à la cruauté.

II

Confondus avant Pinel dans la même incurie que les aliénés, les épileptiques n'eurent pas, comme eux, la chance inespérée d'inspirer un libérateur qui, d'un seul trait, intéressa le genre humain en leur faveur.

On persista à les considérer comme des infirmes, véritables condamnés à vie, voués à l'incurabilité. Et tandis que, par des étapes successives, les élèves de Pinel, Esquirol, Ferrus et J. P. Falret, fidèles à la tradition de leur maître, préparaient pour les aliénés les bases d'une législation tutélaire, les épileptiques en furent impitoyablement écartés.

Ces déshérités seraient encore une quantité négligeable sans la découverte des propriétés curatives du bromure de potassium en 1851 par Lecock et Wilks. A partir de l'expérimentation heureuse de nos deux confrères Anglais, l'intérêt en faveur des épileptiques va croissant; les recherches se multiplient sur la genèse, la nature et le traitement du mal comitial. La conséquence de ces travaux était toute naturelle. Les épileptiques n'étaient plus des malheureux à garder, mais des malades à soigner. Leur assistance fut le corollaire obligé de la nouvelle médication. Et en insérant dans son programme cette assistance, le Congrès a fait acte d'opportunisme autant que d'humanité.

(1) Lunier, *Des épileptiques, des moyens de traitement et d'assistance qui leur sont applicables*. Ann. méd. psyc. 1881.

La première idée qui vient à l'esprit pour assister les épileptiques, la plus pratique, la plus économique, c'est l'annexion aux asiles d'aliénés, de quartiers indépendants suffisamment vastes pour y établir des fermes et des ateliers. Ce voisinage avait l'avantage de les isoler au moment des crises, sans ces formalités qui, par leur lenteur, deviennent des entraves. Déjà, Pasquier à Lyon, en 1835, et Brière de Boismont en 1836, s'étaient faits les promoteurs de cette mesure qui, à ce moment, n'était pas réalisable. Les *petites maisons* étaient peu nombreuses, insuffisantes et souvent de simples quartiers d'hospices. L'organisation et l'espace manquaient. Et ce n'est que lorsque la loi de 1838 eut créé à bref délai une assistance matérielle et scientifique que l'idée de l'annexion pouvait être acceptée. Pendant l'élaboration de la loi, Ferrus fit de vains efforts pour que cette annexion fut adoptée. Elle fut repoussée à cause de ses conséquences onéreuses signalées énergiquement par la plupart des conseils généraux.

En prenant possession de l'inspection générale en 1849, Parchappe revint à la charge. Pendant son séjour à Rouen, il avait vu de près l'état misérable des indigents épileptiques. Dans son livre édité en 1853, *sur la construction des asiles d'aliénés,* il démontra qu'en édifiant les nombreux asiles qui restaient à construire, on s'en tirerait à peu de frais. Ce *desideratum* qui, dans sa bouche autorisée, pouvait passer pour un conseil, ne fut pas même discuté.

Lunier concluait comme Ferrus et Parchappe. En plaidant, sans relâche, la cause des épileptiques au ministère de l'Intérieur, il espérait la gagner. Sa brusque mise à la retraite mit fin à des espérances que ses travaux, son activité et son caractère lui donnaient droit de voir mettre en pratique.

Ce qu'il y a d'étrange, c'est que ces espérances ont quelques chances d'être réalisées par la simple initiative d'un député, M. Reinach, qui a présenté un projet de loi sur les aliénés pour remplacer la loi du 30 juin 1838, devenue le *delenda Carthago* d'une partie de la presse parisienne. Ce projet, véritable réquisitoire contre les médecins chargés d'interpréter et d'appliquer cette loi mémorable, contient un article qui est toute une révolution et ainsi libellé : « *Les établissements publics devront comprendre deux quartiers annexes, destinés, l'un aux épileptiques, l'autre aux idiots et aux crétins* ».

Ce n'est pas seulement l'annexion aux asiles que Ferrus avait proposée. Déçu par l'exclusion des épileptiques, il proposait de

créer une colonie agricole en leur faveur, exploitée par eux avec un asile central. Delasiauve, plus pressé parce qu'il vivait au milieu d'eux, proposait dès 1849 de consacrer la ferme Sainte-Anne aux épileptiques en en réservant une partie aux idiots.

Hausmann le célèbre préfet de la Seine voulait débarrasser la voie publique de ces nombreux parias venus de tous les points de la France, pour entrer à Bicêtre ou à la Salpêtrière où ils espéraient trouver un abri et la guérison avec des médecins renommés. Il avait esquissé le plan d'une colonie pour les épileptiques. Cette colonie devait constituer un village de 600 de ces déshérités. Au lieu de les caserner, il les disséminait, brigade par brigade dans de petites habitations rurales, mettant à leur portée toutes les occupations agricoles, des ateliers pour tous les corps de métiers, des classes, une bibliothèque et une église. C'est le système que nous retrouverons à Bielfeld et qu'il ne connaissait pas. La guerre de 1870 en rendant inactif le plus actif des hommes ne permit pas de réaliser un projet digne du régénérateur de Paris.

Nous venons de rappeler les projets proposés pour combler les lacunes volontaires de la loi de 1838 relatives à l'assistance des épileptiques. Ils honorent trop la mémoire des hommes dévoués qui les avaient conçus pour n'être pas rappelés.

III

En examinant l'état actuel de cette assistance en France et à l'étranger, nous constaterons que les médecins aliénistes ou neurologistes n'ont pas cessé de plaider une cause qui, sauf de rares exceptions, ne trouve de défenseurs que parmi eux.

A Paris, avant la construction des asiles de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Villejuif et Vaucluse), les aliénés formaient l'élément prépondérant de la population de Bicêtre et de la Salpêtrière et absorbaient toute la sollicitude des chefs de service peu nombreux d'ailleurs. L'épileptique réputé incurable ne comptait, comme le vieillard, qu'à titre d'infirme, qu'il fût aliéné ou non.

Actuellement la condition des épileptiques simples a changé complètement et ils ont pu avoir une organisation particulière qui exclut autant que possible toute confusion entre les deux catégo-

ries. Qu'ils passent à Sainte-Anne où ils sont observés et soignés et jamais repoussés; qu'ils séjournent à Bicêtre ou à la Salpêtrière, ce sont des malades qu'on discipline, qu'on améliore, qu'on guérit. Ils ont des médecins chargés d'eux spécialement. Ils servent même à l'instruction des élèves. Aux cliniques libres de Magnan, de J. Falret, de Luys, de Voisin est venue se greffer la clinique universitaire des maladies nerveuses confiée au professeur Charcot qui n'avait pas attendu l'investiture officielle pour faire profiter la science des filons qu'il a su découvrir sur des des sujets en apparence disparates mais réunis par un lien commun, la déséquilibration du système nerveux.

A Bicêtre la réforme la plus importante est la création de la section des enfants épileptiques et des enfants idiots. Quelques aliénistes, entre autres Rieger, ne sont point partisans de cette réunion. L'expérience a été faite en grand à l'étranger et avec un plein succès. Elle a été très démonstrative à Copenhague et à Stetten dans le Wurtemberg. Les idiots ne sont pas influencés par les crises; et comme les petits épileptiques sont plus intelligents que les idiots, ce sont eux qui profitent le plus de l'éducation.

Cette création est due à l'initiative d'un seul homme, le docteur Bourneville. Doué d'un esprit de volonté et de décision qui ne transige avec aucune opposition d'où qu'elle vienne, profitant de ses relations administratives et politiques, il a pu mener à bien l'assistance réelle par l'hospitalisation de ces pauvres petits dégénérés.

Les enfants convulsifs, comme il l'a démontré, sont plus malheureux que les adultes qui peuvent travailler chez eux et venir en aide à leur famille; ils sont renvoyés de l'école ou de l'atelier d'apprentissage à la première crise. Leur présence dans leur famille est dangereuse et onéreuse; ils absorbent tout le temps de la mère au préjudice de la communauté. On leur applique dans la section l'hygiène sous toutes les formes; on leur apprend un métier; on les instruit. Bourneville a fait revivre en leur faveur les méthodes qui ont immortalisé le nom de E. Séguin qui avait débuté à Bicêtre en 1840. La nouvelle section est un service réellement médico-pédagogique.

C'est encore à Bourneville qu'on doit d'avoir obtenu que les épileptiques aliénés ou non, enfants ou adultes, munis d'un certificat médical, puissent entrer sans l'intervention de la police administrative, à l'asile Sainte-Anne où on les dirige sur les

autres services, et où on les garde, en les traitant, si la place manque ailleurs.

Hors Paris, les épileptiques peuvent mourir ou être aggravés avant d'avoir rempli des formalités qui annulent pour ainsi dire leur assistance. Ils sont repoussés des asiles, parce qu'ils ont trop de raison et des hôpitaux parce qu'ils peuvent devenir subitement impulsifs : s'ils tombent en crise sur la voie publique, ils sont transportés dans l'hôpital le plus voisin où *l'exeat* est prononcé, la crise à peine terminée. Le plus grand nombre erre sur les grandes routes; les plus heureux sont recueillis dans les fermes où on les emploie au rabais.

C'est donc une minorité qui est admise à l'assistance dans les départements (1). Cette assistance est très variable. A Toulouse, à la Grave ancien quartier des aliénés il y a 80 épileptiques des deux sexes et de tout âge. Le médecin qui les soigne n'a pu obtenir que les hommes travaillent. L'oisiveté qui est la plus grande complication de l'épilepsie leur donne de fâcheux loisirs. Ce fait n'est pas isolé. Dans les établissements mixtes les administrations se prêtent mal à l'organisation du travail.

A Moulins, une donation a permis de construire un quartier annexe à l'asile Sainte-Catherine, avec une direction double qui divise à tort l'autorité. C'est le même personnel qui soigne les deux divisions avec une préférence marquée pour les aliénés plus maniables.

A Bourges, il y a un petit quartier consacré aux épileptiques simples ; distincts la nuit seulement, on les réunit le jour. C'est à ne pas croire à une pareille aberration contre laquelle le médecin n'a cessé de protester.

A Nantes, l'Hôpital général contient 30 lits pour les épileptiques et on les reçoit à bureau ouvert tant qu'il y a des vacances sans formalités. C'est à n'y pas croire. C'est le contraire à Lille ou à Rouen où les restrictions abondent. Dans les cités opulentes de Bordeaux et de Marseille il y a porte close. A Gaillac existe un quartier spécial à côté la maison centrale, singulier voisinage on conviendra : à Limoges, à Saint-Etienne, à Besançon et dans les villes de troisième ordre ils sont admis dans des dépôts en attendant le naufrage intellectuel complet.

(1) Ces renseignements m'ont été fournis par l'administration des hospices de Lyon qui, sur ma demande, avait interrogé les administrations similaires. Ils ont été reproduits par Lapointe dans son mémoire sur l'assistance épileptique dans l'Allier où la question de l'assistance est très étudiée.

IV

L'assistance des épileptiques, défectueuse dans les villes ci-dessus mentionnées, est convenablement représentée dans quatre établissements d'une organisation tout à fait différente, l'un provenant de la générosité hospitalière, les trois autres inspirés par le sentiment religieux. Ce sont les asiles de l'Antiquaille et du Perron à Lyon, de la Teppe dans la Drôme, de la Devèze dans le Cantal, et de la Force dans la Dordogne.

A Lyon, l'assistance des épileptiques est établie dans deux hospices situés l'un sur le coteau de Fourvières qui domine la ville et fait face aux Alpes, c'est l'Antiquaille ; l'autre à 6 kilomètres de Lyon, à Oullins, à peu de distance du Rhône, c'est le Perron. Les deux sections tout à fait similaires et solidaires constituent un seul service auquel sont attachés un médecin et deux internes.

Comme Bicêtre auquel il ressemble par ses destinations multiples, l'Antiquaille a eu ses vicissitudes et ses jours de grandeur. C'est sur son emplacement qu'avait été érigé le palais des préfets du prétoire de Lugdunum. Les ruines de ce palais furent appelées par le populaire toujours réaliste, l'*Antiquaille* ; et lorsque le second couvent de la visitation fut construit sur ces ruines antiques, on l'appela le monastère de l'Antiquaille. Supprimé en 1792, on y installa en 1803 « les vagabonds, les insensés, les galeux et les vénériens ».

Les transformations de l'Antiquaille ont été nombreuses. La plus radicale date de 1877; elle était motivée par le transfert des aliénés à l'asile de Bron et l'institution de la Faculté de médecine. Sa population avait, à ce moment atteint le chiffre de 1,940. Le quartier des fous est devenu l'hôpital Saint-Pothin parfaitement aménagé pour les habitants de la rive droite de la Saône; la division des folles, remuée de fond en comble, a été consacrée à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées. Les vénériens et les herpétiques ont gardé leurs positions.

Les épileptiques simples assistés depuis 1862, en vertu du legs Courajod, partagés d'abord entre la Charité et l'Antiquaille, à cause de l'encombrement de ce dernier hospice, y furent tous

réunis après l'exode des aliénés. Il en résulta un service spécial indépendant, auquel fut annexée une consultation gratuite pour les maladies nerveuses. Cette création était un progrès: c'était la période du début, où quand on n'a pas tout ce qu'on désire on se contente de ce qu'on a. Le 1er janvier 1883 je cédais le service au Dr Albert Carrier.

A peine entré en fonctions, le nouveau titulaire, dans ses *leçons cliniques sur l'épilepsie*, déclare qu'il ne veut pas camper indéfiniment dans l'espace étroit, incommode qui lui est assigné. Son objectif est l'hospitalisation à la campagne, non définitive, mais renouvelable par la consultation gratuite. La campagne, c'était la prise de possession d'une partie du Perron, vieille terre seigneuriale possédant un vieux château, des constructions modernes et un vaste domaine. Cet objectif est en train de devenir une réalité. Une partie des malades y est déjà installée et il ne s'écoulera pas un long temps avant que l'immigration soit complète. Du reste, l'administration des hospices toujours vigilante sur les améliorations à apporter au bien-être des malades, n'a cessé de déplorer l'installation vicieuse et dangereuse des épileptiques sur les rampes rapides de l'Antiquaille. C'est pour y remédier qu'elle a chargé un de ses membres, M. Georges Dufêtre, de lui présenter un rapport sur les voies et moyens à employer pour installer convenablement au Perron : un service d'hommes et de femmes épileptiques; une section pour les enfants épileptiques des deux sexes réunis aux enfants idiots; et une division pour les femmes atteintes de maladies nerveuses.

Pour résoudre cette question, M. Dufêtre a visité Bicêtre et la Salpêtrière, et s'est enquis de ce qui se passait à la Teppe, à la Force et dans la colonie de Bielfeld. Avec l'aide de M. le président Sabran, familier avec tout ce qui concerne l'assistance hospitalière dans toutes ses manifestations, la solution ne se fera pas attendre.

En attendant cet avenir désirable, je vais parler de l'état actuel du service des épileptiques, c'est-à-dire de toute la période d'exercice du docteur A. Carrier, du 1er janvier 1883 au 31 décembre 1890. On verra qu'il a constamment coopéré au bien-être des malheureux dont l'assistance lui incombe et qu'il la comprend d'une façon tout à fait particulière et pratique.

Au mois de janvier 1883, le service des épileptiques comprenait 70 malades, 36 femmes et 34 hommes adultes et enfants. Des modifications y ont été bientôt apportées. C'est ainsi que dans le cou-

rant de l'année 1883 de nouvelles places furent créées pour les femmes à l'hospice du Perron. On y installa d'abord 16 malades dans une vaste salle très confortable au rez-de-chaussée, donnant sur un jardin, et offrant les meilleures conditions hygiéniques. Au 1er janvier 1885, le nombre des épileptiques hommes à l'Antiquaille était de 44, les femmes étaient 37 à l'Antiquaille et 25 au Perron, — soit ensemble 62. — Mais les locaux occupés à l'Antiquaille par les hommes étaient insuffisants et de plus dans les plus mauvaises conditions. On ne pouvait que très difficilement leur procurer des occupations en rapport avec leur maladie et celles qu'on pouvait leur offrir dans un hospice, construit sur des terrains en fortes pentes, et où les escaliers sont nombreux, n'étaient pas pour eux exemptes de dangers.

Ces considérations, déterminèrent le chef de service à réclamer le transfert de tous les hommes épileptiques adultes à l'hospice du Perron. Là, du moins, ils trouveraient dans un vaste domaine le moyen de s'occuper sans danger à des travaux de culture ou de terrassement. Ce transfert eut lieu au mois d'avril 1885. On ne garda à l'Antiquaille que 20 places destinées aux garçons épileptiques de 7 à 16 ans. On obtenait ainsi l'augmentation du nombre des places, la séparation si désirable des adultes et des enfants : on occupait utilement les premiers, et on organisait pour les seconds une petite école à la tête de laquelle on plaça une sœur institutrice brevetée. Les uns et les autres ne tardèrent pas à ressentir d'heureux effets de ce changement.

L'état général des adultes travaillant au grand air s'améliora notablement; moins oisifs et mieux portants, ils devinrent plus sociables. Quant aux enfants on put s'en occuper d'une manière plus efficace, plusieurs apprirent à lire, à écrire, quelques-uns même acquirent des notions plus élevées. Tous ceux chez lesquels l'épilepsie ne se compliquait pas d'une idiotie trop marquée, firent des progrès sensibles. Aux enfants épileptiques sont bientôt venus se joindre un certain nombre de jeunes idiots ou imbéciles pour lesquels une éducation spéciale serait nécessaire.

Les locaux occupés par les hommes au Perron, agrandis et restaurés, peuvent actuellement contenir quarante malades. Ils consistent en un grand réfectoire servant aussi de salle de réunion, un dortoir de trente lits et un autre de dix lits où l'on peut isoler des malades qui réclament des soins spéciaux. A ces locaux confortablement aménagés sont annexés deux chambres de sûreté convenables et une salle de bains avec

douches. Les locaux occupés par les femmes à l'hospice du Perron n'ont pas été modifiés, ils contiennent 25 malades.

A l'hospice du Perron, les femmes sont occupées à des travaux de couture, elles font une grande partie du raccommodage de l'établissement, leur travail n'est pas rémunéré. En dehors de leur travail, on leur fait faire des promenades plus ou moins longues dans la propriété ou même au dehors — de manière à les distraire le plus possible.

Les hommes sont uniquement occupés à des travaux de culture et de terrassement pour lesquels ils reçoivent une indemnité proportionnelle à leurs aptitudes. Il est fâcheux que leurs occupations ne soient pas plus variées, car si pour la plupart le travail au grand air est salutaire, pour quelques-uns il est quelquefois trop pénible, puis enfin le travail de la terre ne constitue pas à proprement parler une profession qui leur permette d'améliorer leur existence, — et pour beaucoup, leur apprendre un métier avec lequel ils pourraient dans une certaine mesure subvenir à leurs besoins, serait le plus grand bienfait dont on pourrait les doter. La création de quelques ateliers de cordonnerie, taillerie, menuiserie répondrait à ce desideratum.

Les hommes sortent régulièrement tous les quinze jours à moins que leur état ne le leur permette pas ou que quelque infraction à la discipline les prive de cette faveur.

A l'hospice de l'Antiquaille, les femmes épileptiques sont au nombre de 37. Elles sont occupées aussi à des travaux d'aiguille, au raccommodage du linge et des vêtements principalement. Mais elles sont réunies dans des locaux trop étroits et mal disposés où les règles de l'hygiène sont loin d'être observées. Chez les femmes aussi bien au Perron qu'à l'Antiquaille, il n'y a pas de section séparée pour les enfants, par conséquent, pas d'école, ce qui est regrettable.

Dans le courant de l'année 1885, le service s'est accru d'une salle de 22 lits pour les femmes atteintes d'affections nerveuses diverses. Depuis l'ouverture de cette salle 171 malades s'y sont succédé, la plupart étaient affectées d'hystérie, d'hystéro-épilepsie et d'autres névroses, un certain nombre étaient des épileptiques dans une phase grave de leur maladie ou attendant leur admission dans le service des épileptiques.

Ce petit service a été en quelque sorte une annexe de la consultation gratuite. Il permettait, en effet, de recevoir et d'observer plus longuement des malades dont le diagnostic dans une consul-

tation rapide est particulièrement difficile, il servait aussi à appliquer des traitements électriques ou autres dont sans lui les malades ne pouvaient bénéficier.

La plupart des traitements préconisés contre l'épilepsie ont été essayés dans le cours de ces huit années, et c'est aux bromures et plus particulièrement au bromure de potassium que la plus grande efficacité a été reconnue. Seul ou mêlé suivant les cas à la digitale, au fer, à l'arsenic, il a constitué la principale médication employée avec l'hydrothérapie, qui a été reconnue dans bien des cas comme un puissant adjuvant de la médication.

Dans ces conditions, la statistique obtenue pendant ce laps de temps a été la suivante :

		Hommes		Femmes			Totaux
Existant au 1er janvier 1883		34	+	36	=		70
Admis de 1883 à 1891		83	+	78	=		161
		117	+	114	=		231
Sortis	Par décès	22	+	23	=	45	112
	Guéris	7	+	5	=	12	
	Améliorés	19	+	14	=	33	
	Transférés à Bron	1	+	5	=	6	
	Pour autres cas	12	+	4	=	16	
		61	+	51			
Restent au 31 décembre 1890		56	+	63	=		119

Parmi les 119 malades restant dans le service, 2 hommes et 4 femmes n'ont pas pris de crise depuis plus de 3 ans. Si on les considère comme guéris, le chiffre des guérisons devrait être porté à 18 au lieu de 12. D'autre part, 2 femmes n'ont pas pris de crises depuis plus de 13 mois, ce qui porte le chiffre des améliorations à 35 au lieu de 33. De cette manière les guérisons obtenues seraient donc 7,7 0/0 et celui des améliorations 15,1 0/0.

Cette statistique fait ressortir entre autres particularités, le peu de malades transférés à l'asile d'aliénés. Ce fait vient à l'appui de l'opinion d'A. Carrier que si l'épilepsie s'accompagne de troubles psychiques, il s'en faut que ces troubles soient assez fréquents et assez constants pour nécessiter souvent l'internement dans un asile; dès lors il ne paraît pas nécessaire de faire des quartiers d'épileptiques des annexes des asiles. Les anomalies mentales que ces malades montrent sont relatives le plus souvent à un degré plus ou moins marqué d'idiotie ou de

démence; états qui s'accommodent fort bien d'un régime autre que celui de l'asile et peuvent habituellement s'en passer.

En dehors des épileptiques hospitalisés le service de l'Antiquaille comprend encore une consultation importante qui n'est pas le moindre des secours offerts à ces malheureux.

Pendant ces huit ans, cette consultation a secouru, entre autres malades, 280 épileptiques (141 h. 139 f.) qui s'y sont rendus et dont quelques-uns ont été admis dans le service. Cette assistance par la consultation est suffisante pour un grand nombre d'épileptiques dont les crises ne sont pas trop fréquentes et les laissent assez libres pour exercer une profession sédentaire.

Il faudrait seulement pour ces malades qu'il fût bien entendu que sitôt que leur mal deviendrait plus grave ils puissent être hospitalisés pour un temps, puis renvoyés dans leur foyer.

Les secours par la consultation paraissent être l'adjuvant nécessaire de toute assistance des épileptiques. Les réunir tous dans des colonies serait certainement très désirable. Mais encore ce mode d'assistance ne peut pas répondre à tous les besoins; jamais on aura des colonies assez nombreuses pour pouvoir tous les contenir. L'assistance mixte qui en hospitalise un certain nombre pendant les périodes graves de leur affection et assiste les autres par des secours à domicile ou par une consultation est celle qui paraît préférable en ce sens que, par ce moyen, le plus grand nombre est secouru, sans qu'il soit besoin de recourir à des installations d'établissements considérables et coûteux. Pour les malades, outre le secours matériel elle offre un secours moral réel. L'épileptique espère toujours des jours meilleurs; il n'est pas considéré comme un incurable à qui on offre un refuge perpétuel. C'est dans cette voie que l'administration des hôpitaux de Lyon est entrée en décidant, sur la demande du chef de service, qu'à l'avenir, les épileptiques ne seraient jamais hospitalisés qu'à titre provisoire et que, sitôt que leur mal serait un peu amendé, ils seraient renvoyés chez eux où par la consultation ils pourront être suffisamment secourus.

V

L'asile de la Teppe est né d'une tradition séculaire se confondant avec l'origine de la famille des comtes de Larnage. Possédant un remède contre l'épilepsie, cette famille tenait à honneur de le

distribuer aux nombreux malades de la France et de l'étranger accourus à Tain où elle résidait.

Cette petite ville de la Drôme a toujours revendiqué comme un privilège le devoir de bien accueillir deux fois par an, en mai et en septembre, les malheureux entachés de la tare comitiale. C'est une observation constante que les arrivants, touchés de cet accueil cordial s'attardaient à quitter ce sol hospitalier si différent de la répulsion qu'ils trouvaient fatalement chez les leurs. On avait remarqué aussi que ces hôtes éphémères vivaient en bonne intelligence et s'entr'aidaient, loin de se heurter.

N'était-ce pas un argument en faveur de la vie commune et libre au milieu d'une population rurale sympathique proposée par Constans? A cette vie commune, il fallait une direction unique qui enlaçât dans son patronage les immigrants dont l'intelligence affaiblie et le caractère altéré avaient besoin d'une assistance plus effective qu'une médication quelque puissante qu'on pût la supposer. Ces réflexions se présentèrent souvent à l'esprit des comtes de Larnage qui voulaient grouper autour de leur domaine cette clientèle nomade qui annuellement venait demander un soulagement à ses misères.

En 1857, la mise en vente du domaine de la Teppe permit de les rendre pratiques. Situé sur les bords du Rhône et séparé de Tain par une belle route de 2 kilomètres, côtoyant constamment le beau fleuve avec ses rives découvertes, il offre dans cet endroit un vaste horizon borné par les montagnes de l'Ardèche.

L'établissement de la Teppe fut confié aux filles de la charité dont on connaît l'esprit d'organisation et le dévouement. On se contenta d'abord des bâtiments existants, remplacés successivement par d'autres plus en harmonie avec leur destination, suivant les ressources pas toujours proportionnées aux besoins de l'œuvre naissante. Dans mes cinq visites à la Teppe, j'ai constamment constaté de nouvelles améliorations. Dans la dernière faite en 1887 avec Albert Carrier, je fus agréablement surpris de voir une salle de spectacle destinée à divers genres de distractions.

Cette construction, d'un très bon goût, prouve que l'asile de la Teppe n'a rien de monastique, comme le croient quelques médecins parce qu'il est tenu par des *sœurs*. Rien n'y rappelle le cloître, et, on sait d'après son fondateur, que les religieuses de Saint-Vincent de Paul « n'ont pour monastère que les maisons des malades, pour chapelle que leur paroisse, pour cloître que les salles des hôpitaux, pour clôture que l'obéissance. »

C'est le système familial basé sur les pratiques de la religion catholique. Il n'y a de clôture d'aucune sorte. Les deux grandes divisions des sexes sont séparées par une simple allée plantée d'arbres et de massifs de fleurs. A l'église, don d'un pensionnaire, les deux sexes sont placés l'un à droite et l'autre à gauche et des chambres d'isolement sont disposées pour recevoir les convulsifs en détresse.

Les filles de la charité s'occupent constamment de leurs pensionnaires, en s'adressant surtout aux sentiments affectifs souvent les seuls survivants, et on est étonné de la transformation opérée par cette compassion ingénieuse. Les comitiaux deviennent moins irritables, moins défiants ; ils jouissent sans réserve de la cessation complète de cette contrainte qui les obsédait dans le monde et d'une liberté d'allure qui rayonne de la Teppe dans le pays environnant.

On combat l'oisiveté par tous les moyens imaginables parce qu'elle augmente les crises en développant les tendances mélancoliques hypocondriaques. Le travail, au contraire, en occupant sans cesse l'esprit et le corps, brise, même sans médication, l'habitude épileptique. Le travail est facile à obtenir des femmes habituées dès l'enfance, riches ou pauvres, aux travaux du ménage, de couture ou de broderie ; des hommes c'est moins facile. Souvent ils n'ont pas d'état, ce qui arrive aux pensionnaires et leur est préjudiciable : les indigents habitués au labeur peuvent toujours être employés à la ferme, à la vacherie, ou à d'autres travaux.

La Teppe est remarquable par la bonne distribution des services, le bon aménagement de locaux, vastes et bien disposés; il y a 5 classes toutes parfaitement conformes aux lois de l'hygiène. La première est établie avec un certain luxe, et contribue par son rendement au confort des autres classes. Et chose touchante, loin de provoquer la jalousie, elle maintient la solidarité en se constituant la protectrice des pensionnaires indigents.

Il y a actuellement à la Teppe 170 pensionnaires payants, 40 indigents au compte des départements du Rhône, de la Loire, des Bouches-du-Rhône et de la Côte-d'Or, et 50 au compte de la communauté. Soit 260 malades.

La liberté est plus complète pour les hommes que pour les femmes. Pourvu qu'ils sortent deux, et qu'ils soient présents aux heures réglementaires, ils sont entièrement libres. Les femmes, cela se conçoit, sortent à certaines heures, mais jamais seules. Les religieuses ne les quittent jamais.

Lunier et Legrand du Saulle ont reproché à la Teppe de faire une part minime aux indigents. L'observation est puérile. Dans les asiles de l'Etat comme à Bicêtre, à la Salpétrière et ailleurs, n'y a-t-il pas toujours un contribuable, l'Etat, le département ou la commune. Et la famille n'est-elle pas mise à contribution et on sait souvent avec quelle rigueur?... Le moyen d'augmenter le nombre des indigents à la Teppe c'est que les départements s'abonnent, comme quelques-uns le font, et comme c'est l'usage pour les départements qui n'ont pas d'asile d'aliénés. Ces malheureux épileptiques qui croupissent dans les dépôts ou les charités parce qu'ils coûtent peu ne seraient-ils pas mille fois mieux à la Teppe (1).

On a fait aussi un grief à cet asile d'administrer un remède secret : La raison en est simple. Ce remède tient à une légende et cette légende nous a valu un asile bien conditionné. Ne médisons pas des légendes, elles sont la poésie de l'histoire. N'est-ce pas une légende qui a créé la colonie de Gheel vers la fin du VIe siècle? Pendant plusieurs siècles il n'y a pas eu d'autre médecin que l'intercession à Sainte-Dymphne. Aujourd'hui encore des familles ont recours à la *patronne des fous*, comme on l'appelle en Belgique (2).

Les statistiques de la famille de Larnage contiennent, dit-on, de nombreux exemples de guérison. Il est profondément regrettable que ces statistiques n'aient jamais vu le jour, et surtout qu'elles n'aient jamais pu être contrôlées par le médecin de l'asile dont la compétence repose sur une longue expérience. Le mystère de ces statistiques mécontentait Lunier, statisticien émérite, au point de ne tenir aucun compte d'une assistance si méritoire; le fonctionnaire avait primé le médecin. Lasègue qui n'avait été inspecteur que peu de temps et seulement, disait-il plaisamment, pour faire la majorité dans l'inspection, ne jugeait l'asile de la Teppe qu'en médecin et il le considérait comme un encourageant spécimen de la charité française.

L'Académie royale de médecine de Belgique a été de l'avis de Lasègue. En novembre 1889, cette corporation a discuté à fond la question de l'assistance des épileptiques. Le rapporteur de la commission nommée à cet effet, Masoin, après avoir passé en revue tout

(1) Discussion sur l'assistance des épileptiques dans la séance du 28 octobre et 25 novembre 1878 à laquelle prirent part Legrand du Saulle, Delasiauve et Lunier.

(2) Lettres médicales *sur la colonie d'aliénés de Gheel*, par Moreau de Tours Ann. méd psyc., année 1845.

ce qui avait été créé en faveur des comitiaux, conclut qu'il y avait lieu de créér en Belgique un asile spécial pour les épileptiques sur le modèle de la Teppe.

L'asile de la Devèze est situé dans l'arrondissement de St-Flour, sur un des versants les mieux abrités contre le vent du nord, du massif du Cantal, à 500 mètres d'élévation, au bord de la Truyère, rivière devenue célèbre par le pont métallique de Garabit.

C'est un établissement privé, consacré aux idiots et aux épileptiques. Il contient 300 malades parmi lesquels se trouvent de rares pensionnaires. Les autres, c'est-à-dire presque tous, sont reçus gratuitement. Comme cet asile n'a ni subvention ni revenus, il vit de quêtes faites dans le Cantal et les départements adjacents où sa réputation de charité a pénétré. Ces quêtes sont confiées à six des sœurs de la communauté qui relève de l'ordre des religieuses franciscaines. Un de mes amis les a rencontrées à Bergerac où il s'est empressé de leur donner son obole pour une œuvre si digne d'intérêt. Aux quêtes et aux quelques pensions il faut ajouter, comme ressources, l'exploitation des champs et des prairies. Les malades qui sont en état de travailler sont employés au jardin, à la couture, etc.

Les malades, et ils ne s'en plaignent pas, n'ont d'autres servants que ces religieuses qui ont pour supérieur l'abbé Robert, fondateur de l'œuvre. Il n'y a pas de médecin résident, il n'y aurait pas de quoi le rémunérer. C'est le plus voisin qui traite ces recueillis si bien soignés. Le traitement, du reste, ne peut pas opérer des miracles, car les pensionnaires de la Devèze sont pour la plupart des rebutés d'ailleurs et qualifiés d'incurables. Néanmoins, ils paraissent heureux de ne plus endurer d'humiliations, de se sentir traités avec douceur et patience, dans une maison d'où ils ne seront jamais implacablement renvoyés.

VI

Des asiles de la Teppe et de la Devèze aux asiles de la Force la transition est toute naturelle. C'est le souffle de la charité et l'initiative privée qui ont inspiré leur création.

A peine installé dans le village de la Force à 8 kilomètres de

Bergerac, comme pasteur d'une petite église libre, John Bost rêve d'ouvrir un refuge aux orphelins et aux jeunes filles placés dans un milieu vicieux. Il se fait quêteur, part pour Paris, de là gagne l'Angleterre et l'Ecosse d'où il revient avec l'argent nécessaire pour fonder la *famille évangélique*. Du 24 mai 1848 jusqu'à sa mort en 1881, il crée huit autres asiles qui vinrent se grouper autour des premiers; six intéressent le public médical. Ce sont *Bethesda* pour les jeunes filles infirmes ou incurables, aveugles, idiotes, imbéciles. *Eben-Hezer* pour les jeunes filles épileptiques. La *Miséricorde* pour les filles idiotes, gâteuses; épileptiques idiotes, infirmes ou aveugles. Trois asiles similaires *Siloe*, *Bethel*, *la Compassion* sont consacrés aux garçons, les *six* réunis comptent 550 pensionnaires dont 150 épileptiques (1).

Les asiles de Bethel et d'Eben-Hezer les seuls qui nous incombent sont ceux qui ont coûté le plus d'efforts à John Bost. Les épileptiques causent, dans la société la mieux intentionnée, une répugnance presque toujours insurmontable. Rendant compte dans le temple de la Rédemption à Paris des progrès accomplis à la Force, il fit une motion en faveur des convulsifs. L'auditoire exprima incontinent et vivement son mécontentement. John Bost ému, mais non désarçonné, manifesta avec tant d'émotion sa pitié pour ses infortunés clients qu'il réussit à convaincre même les plus opposants : la cause était gagnée. Il quitta Paris emportant les fonds indispensables pour la création des deux asiles qu'il ouvrit en 1862.

John Bost ne se borna pas à créer des asiles. Il les isola, les sépara par des jardins, donna à chacun une autonomie avec un personnel choisi et les mit sous l'égide d'une règle sagement ordonnée, scrupuleusement suivie et qui fait de lui un véritable éducateur et un administrateur consommé.

Essentiellement privés, les asiles ne reçoivent aucune subvention officielle. La plupart des malades sont reçus gratuitement ou à des taux variant entre 0 et 400 francs. La clientèle est exclusivement protestante, non par dédain des autres cultes, mais parce que les asiles sont entretenus par des dons, des quêtes, des annuités, des legs fournis, sauf de rares exceptions, par les protestants seulement. Pour faire une œuvre durable, J. Bost constitua un conseil d'administration, auquel il fit cession de ses

(1) Les asiles John Bost à la Force (Dordogne), par madame de Witt-Guizot, 1889.

droits, et en 1877 il la fit reconnaître comme établissement d'utilité publique. Grâce à cette organisation utilitaire et prévoyante, les asiles de la Force n'ont pas cessé de prospérer et ce n'est que justice de leur avoir décerné le titre *d'asiles de John Bost.*

Le travail, la vie occupée sont en honneur comme partout où on veut le bien des épileptiques ; il n'y a pas de divergence sur ce point. Les femmes ont des ouvroirs, sans compter les soins du ménage. Les hommes travaillent aux champs ou à d'autres travaux. Après le travail, ils sont libres. Le dimanches et les jours fériés hommes et femmes se réunissent pour assister sans distinction aux offices.

L'entente est complète entre le personnel dirigeant et le médecin. Jusqu'en 1883 le rôle de celui-ci était effacé ; il n'apparaissait qu'une fois par semaine dans les asiles. Depuis cette époque, un médecin permanent et spécial leur a été dévolu. Le choix du Dr Rolland a été heureux ; il aime les épileptiques et s'y intéresse. C'est parmi les épileptiques des asiles de John Bost qu'il a puisé les éléments de l'*Epilepsie Jacksonienne*, étude clinique et synthétique qui éclaire cette singulière manifestation du mal comitial. Dans son service il met à contribution toutes les ressources de la thérapeutique et de l'hygiène, et grâce à l'hydrothérapie avec les polybromures unis aux exercices corporels, et à l'influence morale toujours présente, il arrive à soulager, à améliorer et même à guérir. Dans ce cas il se contente modestement de dire : ces malades *nous semblent guéris*.

VII

A l'étranger, sauf quelques points très privilégiés, l'ostracisme pèse sur les épileptiques. Ainsi en Italie, en Espagne, dans l'Autriche-Hongrie, il n'y a en leur faveur ni lois, ni établissements spéciaux écrivait Lunier, en 1880. En Belgique nous avons dit que la question était à l'étude. En Hollande, il existe aux environs d'Haarlem un asile à eux seuls réservé.

En Angleterre on a construit de beaux asiles pour les idiots et d'autres infirmes. Les épileptiques à Londres ne sont reçus que dans trois petits hôpitaux destinés aux maladies nerveuses et tout à fait indignes de la métropole de la Grande Bretagne, bien qu'une consultation importante y soit annexée.

En Amérique où la fortune a atteint des chiffres inconnus jusqu'ici, on discute toujours ce qu'on fera pour les épileptiques. En 1873 le Congrès des médecins aliénistes réunis à Baltimore a nommé une commission chargée de préparer un projet de loi qui n'a pas encore abouti. L'assistance des épileptiques se borne à de petits refuges très nombreux où l'hospitalisation leur est accordée avec répugnance. A New-York, dans l'hôpital des maladies nerveuses, il y a 150 lits destinés aux épileptiques et une consultation pour les malades du dehors.

Le Docteur Frédéric Peterson, médecin de cet hôpital déplore cette assistance si parcimonieuse dans l'Union américaine où il estime à 100,000 le nombre des épileptiques. Il a entrepris un voyage en Europe pour étudier tout ce qui avait été fait sur notre continent. Sa prédilection est tout entière pour la colonie de Bielfeld en Westphalie dont il a donné une description attachante. (1) En terminant il émet le vœu qu'une communauté religieuse, ou une association philantropique, ou l'Etat, ou une grande cité pourvoient à la création d'une colonie consacrée toute entière aux épileptiques, qui deviendra un *home* pour ceux qui sont sans asile, une *école* pour les ignorants, une *classe* professionnelle pour ceux auxquels les ateliers sont fermés et un *hôpital* pour le traitement.

La colonie de Bielfeld mérite l'enthousiasme de Peterson, elle est due aussi à l'initiative individuelle inspirée par la charité. Elle compte actuellement 1,200 épileptiques. En 25 ans elle en a reçu 3,000; 100 ont été guéris, 500 ont été améliorés. En outre elle a soigné ceux du dehors, de toute provenance, au nombre de 48,000. La colonie comprend 55 habitations, 150 familles, 2,000 habitants, malades, nourriciers, surveillants, professeurs et chefs d'ateliers. Les maisons sont disséminées dans un magnifique pays de bois et de prairies.

Les médecins, qui ont visité Bielfeld, ont été unanimes à en approuver l'organisation. Nous sommes guidés dans notre appréciation par un juge fort compétent Riéger, professeur de psychiatrie à l'Université de Wurtzbourg et en même temps médecin d'une fondation où se trouvent 48 épileptiques des deux sexes. Rieger a visité et étudié Bielfeld en compagnie de son

(1) *The colonization of épileptics* par F. Peterson 1889. Ce mémoire a été analysé dans les *Annales méd. psych.* par Cullere avec une grande clarté.

fondateur et directeur, le pasteur Bodelschwingh. Il a consigné ses observations dans un mémoire intitulé *des établissements spéciaux pour les épileptiques.*

Bodelschwingh lui raconta très modestement qu'aidé de quelques personnes dévouées il fit l'acquisition d'une petite maison de paysan et y installa quatre garçons épileptiques auxquels vinrent se joindre successivement d'autres en grand nombre. On put bientôt se convaincre que la réunion sous le même toit de ces infortunés n'amenait ni conflits ni violences malgré l'impressionnabilité de leur caractère. Le pasteur ajoutait que le sentiment, qui pousse les épileptiques à se porter aide, amène chez eux une solidarité inconnue avant la vie en commun. Et tandis que chez eux ils inspirent la crainte et le dégoût, à Bielfeld ils ne sont plus humiliés, ils sont chez eux et non hors la loi. C'est un fait qu'on constate partout.

Bodelschwingh attache aussi une grande importance au travail et il réussit, chose difficile, à le rendre attrayant. Suivant lui la faculté de pouvoir s'occuper est un bienfait immense pour l'épileptique. La douleur de la crise est peu pour lui, inconscient ; ce qui le tourmente c'est de se voir repoussé de tous les lieux d'instruction, de tous les foyers de travail.

Pour faciliter l'instruction et le travail à l'aide d'une surveillance constante et affectueuse, on divisa les malades par groupes du même sexe et ayant une certaine similitude d'instruction et d'éducation ; on rejeta le système du bâtiment unique, on fit l'acquisition de différentes maisons de paysans entourées de jardins et de terres. Cette organisation permet de garder les plus gravement atteints plus rapprochés du point central.

Le travail si bien organisé, a produit une grande partie des ressources de la colonie. Les dons charitables complètent le budget. Le nombre des sorties n'est que de 3 0/0. Les malades se trouvent si bien acclimatés dans cet asile où ils trouvent la paix que, guéris ou même simplement améliorés, ils préfèrent rester.

Rieger admire Bodelschwingh et son œuvre et il admet qu'il reste à la tête de la colonie qu'il a créée. Il craint seulement qu'on crée des établissements similaires, d'un caractère religieux trop marqué. L'idéal pour lui comme pour Jolly de Strasbourg serait une grande colonie fondée par une réunion libre de philanthropes se recrutant sur un territoire étendu, et contenant des épileptiques de toute catégorie avec un médecin pour chef su-

prême, comme cela a lieu pour les asiles d'aliénés où le pouvoir à peu près discrétionnaire des médecins a été la cause non douteuse de leur succès.

Rieger est trop absolu ; il faut laisser l'initiative voler de ses propres ailes quelque soit le sentiment qui l'anime. La réussite de la colonie à Bielfeld a suscité des établissements pour les épileptiques, dans les provinces rhénanes, dans la Saxe, dans la Poméranie, dans le Brandebourg. Ils diffèrent tous ; chacun a sa couleur locale suivant le clocher qui domine.

Le dernier en date est celui élevé sur le Rüti, près de Zurich qu'Albert Carrier a visité en 1887 ; il y avait à peine deux ans qu'il était construit (1). Il est destiné à être unique en Suisse. En attendant il est réservé aux enfants des deux sexes âgés de moins de quatorze ans. C'est un établissement où la pédagogie est sur le même pied que la médecine. Le bromure de calcium est le remède spécial — Mais, remarque le programme, « les influences éducatives et curatives n'ont un résultat béni qu'autant qu'elles sont inspirées par l'esprit évangélique. La paix du Seigneur est un ciel sous lequel seul, une vie éteinte et tourmentée peut retrouver de la vigueur. »

Ce qui revient à dire que la thérapeutique réussit d'autant mieux chez les comitiaux qu'ils ont été préalablement calmés, assouplis, transformés par la sollicitude la plus tendre et la plus éclairée. Qu'importe au médecin qu'elle émane d'une religieuse, d'une diaconesse, d'un prêtre, d'un pasteur, d'un rabbin ou d'un laïque.

Je termine ici l'exposé de l'*assistance des épileptiques simples indigents en France et à l'étranger*.

S'il est regrettable qu'elle soit encore restreinte, il est consolant d'affirmer qu'une réaction se fait partout en leur faveur, et qu'en France, pour la première fois, un projet de loi (Reinach), rend cette assistance obligatoire dans la législation destinée à remplacer la loi de 1838.

Si ce projet n'aboutit pas, ce qui est possible, il est à espérer que l'article le plus généreux qu'il renferme lui survivra. Et alors, disparaîtra cette protestation douloureuse de Parchappe : « La charité publique n'est pas organisée en France de manière à offrir aux épileptiques les secours de traitement, de refuge et de protection auxquels ils ont droit. »

(1) *Die schweizerische Anstatt für epileptische auf der Rüti bei Zurich Riesbach.*

CONCLUSIONS

De cet exposé ressortent les conclusions suivantes :

L'assistance des épileptiques indigents fait partie de l'assistance publique au même titre que les autres infortunes.

La vieille habitude de les laisser dans l'oubli doit disparaître du monde scientifique (Gowers).

Ce serait mal comprendre l'assistance épileptique que de la faire dépendre uniquement de l'emploi de telle ou telle médication.

Cette assistance est très complexe. Il faut s'occuper et se préoccuper du comitial, s'intéresser à tout ce qui l'intéresse, faire appel à ses sentiments affectifs, développer son intelligence, lui inspirer l'amour du travail et lui créer des occupations. Sous cette influence incessante, la médication a une action plus décisive. Le succès dépend du tact, du dévouement et de la persévérance de l'entourage.

Sur tel ou tel mode d'assistance il faut se garder d'avoir un parti pris. Chaque mode a sa raison d'être. Il est libéral et humain de laisser naître et évoluer à sa guise, la charité privée si ingénieuse dans ses aspirations, si touchante dans ses manifestations et tenir grand compte des lieux, des habitudes, des coutumes, des traditions, des croyances et même des légendes.

COMPTES RENDUS DES SÉANCES

Séance d'ouverture le lundi 3 août 1891.

SOMMAIRE : Ouverture du Congrès par M. le préfet du Rhône. — Constitution du bureau. — Compte rendu financier du 1er Congrès de médecine mentale, par M. Giraud, secrétaire-général du Congrès de Rouen. — Ouverture de la discussion sur la question *du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale*, par M. le Dr Rousset. — Discussion : M. Magnan — Note sur les rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale, par M. E. Régis. — Documents statistiques pour servir à l'étude des causes de la paralysie générale, par MM. Marie et Bonnet. — Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique comme cause de paralysie générale, par M. Combemale — Discussion : MM. Magnan, Christian, Mairet, Charpentier et Mordret. — Planches à l'appui de préparations histologiques faites d'après des animaux intoxiqués, par MM. Cadéac et Meunier. — MM. Ladame et Camuset.

A deux heures précises le Congrès est réuni dans la salle des réunions industrielles du palais de la Bourse.

M. RIVAUD, préfet du Rhône, ayant à ses côtés M. ROSSIGNEUX premier adjoint au maire et M. BALL, président du précédent Congrès, déclare la séance ouverte. Il remercie, au nom du gouvernement et de la ville de Lyon, les médecins aliénistes présents, d'être venus assister à ce Congrès; il leur exprime ses souhaits de bienvenue les plus sincères, et termine en invitant l'assemblée à constituer son bureau définitif.

La présidence du congrés est mise aux voix.

M. le Dr BOUCHEREAU, de Paris, est nommé président à l'unanimité des membres présents.

L'assemblée nomme ensuite par acclamation :

Présidents d'honneur :

MM. J. Falret, Ball, Charcot, Théophile Roussel, Monod, Rivaud et Gailleton.

Vice-Présidents :

MM. Ladame (de Genève) ; Mairet, (de Montpellier) ; Camuset (de Bonneval) ; Pierret, (de Lyon).

Secrétaire-général :

M. Albert Carrier.

Secrétaires des séances :

MM. Weill, Rousset, Royet et Marie.

En prenant possession du fauteuil de la présidence, M. Bouchereau remercie avec effusion ses collègues de l'honneur insigne qu'ils lui ont fait et qui restera pour lui le souvenir le plus honorable de sa carrière. Il remercie aussi la ville de Lyon et M. le Préfet du Rhône de l'empressement avec lequel ils ont accueilli les médecins aliénistes de France, leur montrant ainsi l'estime et l'importance qu'ils accordent à leurs travaux.

M. le président : la parole est à M. le Secrétaire-général du Congrès de Rouen pour la lecture des comptes rendus financiers de cette première session.

M. Giraud. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre les comptes du Congrès de médecine mentale tenu à Rouen en 1890.

Le nombre des membres adhérents s'élevant à 104, les cotisations, y compris le remboursement des frais de recouvrement, ont produit une recette de........................	1,052 fr.	66
Nous avons reçu du ministère de l'Intérieur une somme de......................................	500	
Une partie de ces fonds a été déposée en compte courant à la Société générale et a produit un intérêt de	7	55
Les auteurs des mémoires lus au Congrès ont eu la faculté de faire faire à leurs frais des tirages à part, et le remboursement des avances faites par la caisse du Congrès s'élève à (frais de tirage et d'envoi).	327	96
Soit un ensemble de recettes de.................	1,887 fr.	96

Le département de la Seine-Inférieure a concouru aux frais d'impression des actes du Congrès pour une somme de 300 fr. Cette somme a été mandatée directement à l'imprimeur et ne figure que pour mémoire dans les comptes du Congrès.

Les dépenses se répartissent ainsi :

Frais d'envoi de circulaires avant l'ouverture du Congrès, et frais de recouvrement de cotisations..............	72 fr.	45
Gratification au secrétaire des Sociétés savantes..	30	»
— à l'huissier........................	30	»
Frais de clichés pour l'impression du mémoire du Dr Bourneville..................................	90	90
Frais d'impression des mémoires du Congrès, (déduction faite de la subvention du département de la Seine-Inférieure)..............................	1,169	50
Frais de tirage à part des mémoires...........	314	50
Frais d'envoi du volume, de circulaires, des tirages à part, et frais de correspondance.................	122 fr.	55
Total des dépenses....................	1,829 fr.	55
Les recettes s'étant élevées à....................	1,887 fr.	96
et les dépenses à..............................	1,829	20
Le compte se solde par un excédent de recette de.	58 fr.	41

Versés au trésorier du 2e Congrès de médecine mentale.

En outre, 200 exemplaires des mémoires du Congrès de Rouen ont été déposés chez l'éditeur Masson, à Paris, pour être mis en librairie, et le produit de la vente appartient aux Congrès suivants.

Grâce à la subvention du ministère de l'Intérieur, subvention que nous devons à M. Monod, sur la demande du professeur Ball, et grâce à la subvention du département de la Seine-Inférieure, nous avons pu faire imprimer in-extenso tous les mémoires apportés au Congrès de Rouen.

La tâche du Secrétaire-général du Congrès a été facilitée par le concours de collaborateurs actifs et dévoués : mais je blesserais la modestie des Drs Dubuisson et Nicolson si je vous disais la somme de travail qu'ils ont apporté pour la publication des actes du Congrès.

Les frais d'administration proprement dite ont été aussi réduits

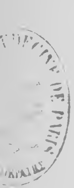
que possible grâce à la bonne volonté des employés du bureau de la direction de Saint-Yon qui ont offert gracieusement leur concours pour autographier et expédier une partie des circulaires.

Les mémoires du Congrès ont été imprimés à Rouen.

L'imprimeur des bibliophiles normands, M. E. Cagnard, n'a pas fait de l'impression de notre volume une affaire commerciale : il a voulu prendre part au succès du Congrès dont la première session se tenait à Rouen, et ses intentions ont été bien remplies par son prote Paihès, homme à la fois très intelligent et d'une grande obligeance. Il n'est que juste de vous dire le concours que nous avons trouvé en eux.

Tel est, Messieurs, le compte rendu financier et administratif du premier Congrès de médecine mentale. Les pièces justificatives du compte financier sont déposées sur le bureau, et je vous prie de vouloir bien faire procéder à leur vérification afin de pouvoir ensuite vous prononcer sur l'approbation du compte.

M. le Président. — Une commission sera nommée pour approuver les comptes de M. Giraud. Je le remercie au nom du Congrès pour la peine qu'il s'est donnée à organiser cette première réunion dans des conditions dont nous avons tous conservé l'agréable souvenir. La parole est à M. le Secrétaire-général pour faire connaître les détails d'organisation de la présente session.



M. Carrier. — Messieurs, conformément aux décisions prises à Rouen l'année dernière, le Congrès de Lyon a été préparé par le Bureau du Congrès de Rouen, auquel ont été adjoints les médecins aliénistes lyonnais. Ceux-ci ont été chargés de l'organisation tout entière. Dans l'accomplissement de notre œuvre nous avons reçu de précieux encouragements : M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, nous a exprimé l'intérêt qu'il portait à nos travaux, et sa satisfaction de pouvoir nous offrir l'appui de son nom.

Le Conseil général du Rhône nous a généreusement alloué une subvention. La Commission de surveillance de l'asile départemental, par une délibération spéciale prise à l'instigation de son honorable président, M. Nolot, a décidé qu'elle ferait les honneurs de l'asile aux membres du Congrès et leur offrirait un déjeûner officiel le jour fixé pour la visite de cet établissement, c'est-à-dire mercredi prochain, 5 août.

M. le maire de Lyon a tenu à honneur de recevoir le Congrès

et il offre, vendredi prochain à ses membres, une réception digne de la ville qu'il représente.

M. le préfet nous a assuré de toute sa bienveillance, il nous l'a largement témoignée en venant aujourd'hui présider notre séance d'ouverture.

La plupart de nos sociétés savantes se sont fait représenter ici : La Société nationale de médecine a délégué MM. les docteurs Marduel et Perret ; la Société des Sciences médicales : MM. les docteurs Icard et Ed. Carrier.

M. Sabran, l'éminent président du Conseil d'administration de nos hôpitaux, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, toujours soucieux de tout ce qui a trait au soulagement des malheureux, a bien voulu s'associer à nos travaux et nous fait l'honneur d'assister à nos séances.

Nous comptons 121 membres adhérents parmi lesquels nous avons le bonheur de distinguer plusieurs étrangers, entre autres deux confrères du Canada qui ont saisi cette occasion, nous ont-ils dit, pour témoigner de l'affection qu'ils professent pour notre pays. Enfin, deux confrères de Russie, MM. Mendelsshon, de Saint-Pétersbourg, et Tokarsky, de Moscou, sont venus prendre part à notre Congrès, à titre d'amis de la France, nous avons été heureux de les recevoir et de leur exprimer toute notre gratitude.

La plupart de ceux qui ne sont pas présents aujourd'hui nous ont écrit pour nous prier de vous exprimer leurs regrets. L'un d'entre eux, M. Prosper Despine, de Marseille, dont le nom est bien connu en psychologie, a voulu donner une preuve de sympathie au Congrès en envoyant aux membres du Comité d'organisation plusieurs exemplaires de ses ouvrages : *Sur la folie étudiée au point de vue psychologique*, et : *Sur la psychologie de Molière*, et il ajoute qu'il en offrirait avec plaisir à tout membre du Congrès qui en désirerait et lui donnerait son adresse. Beaucoup, sans doute, ne manqueront pas de profiter de cette offre gracieuse dont nous ne saurions assez remercier l'auteur.

Au dernier moment nous apprenons que la Compagnie P. L. M., si sévère envers nous, vient cependant de nous accorder une réduction de 50 0/0 pour les excursions projetées à la Teppe et à Grenoble.

Maintenant, messieurs, nous sommes au bout de notre tâche, puissions-nous l'avoir accomplie au gré de tous, le Congrès est réuni, c'est à lui qu'est la parole, il ne nous reste plus qu'à adresser nos chaleureux remerciements à tous ceux qui, de près ou de

loin, nous ont prêté leur concours et nous le faisons de grand cœur. *(Applaudissements)*.

M. le Président. — La parole est à M. Rousset pour ouvrir la discussion sur la première question de notre programme ; c'est-à-dire : *sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale* en développant les conclusions du remarquable rapport qu'il a écrit à ce sujet.

M. Rousset. — Messieurs, L'étiologie de la paralysie générale est encore aujourd'hui très obscure. Depuis les travaux de Magnus Huss, qui établirent d'une façon plus précise et plus scientifique les rapports de l'alcoolisme et de la méningo-encéphalite, de savantes recherches ont été faites, et cependant, à l'heure actuelle, nous nous trouvons en présence d'un véritable problème à résoudre. Dans la clinique journalière des asiles, la difficulté provient très souvent de l'inexactitude, du manque de précision des anamnestiques, de certains préjugés des familles qui nous induisent en erreur, souvent à dessein, lorsque nous recherchons les antécédents héréditaires du malade. D'un autre côté, en présence d'un paralytique général avec stigmates plus ou moins francs de l'intoxication alcoolique, en dehors d'autres causes (surmenage, syphilis, etc.) ayant pu déterminer la méningo-encéphalite, quelle part sera-t-il permis de faire à l'alcoolisme ? Sont-ce des excès *anciens* ou *récents* qui ont amené l'éclosion de la maladie ? Ceci nous montre donc que, dans cette question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, nous nous trouvons en face de beaucoup de fausses interprétations et de nombreuses causes d'erreurs, que l'on ne peut éviter qu'au prix d'une observation clinique, attentive et continue.

J'ai consacré une grande partie de mes efforts à réunir des documents historiques, aussi complets et aussi détaillés que possible pour montrer la variété des controverses et la différence des opinions que j'ai rattachées à quatre groupes :

1° La paralysie générale est le plus souvent due à l'alcoolisme ;

2° L'alcoolisme ne mène pas à la paralysie générale, mais à une pseudo-paralysie générale ;

3° L'alcoolisme et la paralysie générale sont d'abord distincts, mais l'alcoolisme chronique peut conduire ensuite à la paralysie générale.

4° L'alcoolisme est une cause occasionnelle et la prédisposition est nécessaire pour amener la paralysie générale.

Il m'a paru intéressant de faire des recherches ethnographiques et géographiques, mais les résultats que j'ai obtenus sont contradictoires : l'alcool absorbé en grande quantité par les gens du Nord n'engendre pas plus la paralysie générale que chez les gens du Midi, qui en consomment relativement peu.

Après avoir passé en revue, au point de vue de leur aptitude à la paralysie générale, les buveurs non prédiposés, les alcooliques vésaniques, cérébraux, arthritiques, j'ai fait suivre vingt-deux observations personnelles, recueillies dans les différents services de l'Asile de Bron, et à la suite desquelles j'ai cru devoir me ranger à l'opinion de ceux qui croient que le rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale est subordonné à la prédisposition et que celle-ci peut être, suivant les sujets, vésanique (Calmeil. Marcé, Voisin, Luys, Christian), cérébrale (Lasègue, Ball) ou arthritique (Pierret, Lemoine), tout en admettant que dans certains cas peu communs, en dehors de toute prédisposition, l'alcoolisme chronique peut aboutir à la paralysie générale (Magnan, Lolliot, Gambus) (*Applaudissements*).

DISCUSSION

M. Magnan. — Nous devons d'abord remercier M. Rousset d'avoir nettement exposé l'état d'une question fertile en controverses, et d'avoir fait ressortir les principaux éléments d'une discussion sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

Dans une revue historique très complète, le rapporteur a fait preuve d'un très grand éclectisme et après avoir exposé les diverses opinions, il range en quatre groupes, les tendances principales des différents auteurs :

1° Pour les uns, la paralysie générale est habituellement due à l'alcoolisme ;

2° Pour d'autres, l'alcoolisme ne produit pas de véritable paralysie générale, mais des pseudo-paralysies générales alcooliques ;

3° Pour d'autres, la paralysie générale ou l'alcoolisme chronique sont deux états distincts, mais l'alcoolisme chronique peut parfois aboutir à la paralysie générale ;

4° Pour d'autres enfin, l'alcoolisme, simple cause occasionnelle, n'aurait d'action que grâce à une prédisposition antérieure.

C'est sur ces deux dernières propositions que je tiens à soumettre quelques réflexions ; les arguments que j'invoquerai répondent aussi en partie aux deux propositions extrêmes : la paralysie générale est habituellement le produit de l'alcoolisme; l'alcoolisme ne peut produire que des pseudo-paralysies générales.

Les médecins qui admettent que l'alcoolisme a deux modes de terminaison, l'une par la démence et l'autre par la paralysie générale, se basent non seulement sur la physiologie expérimentale, mais aussi sur la clinique et l'anatomie pathologique.

Les expériences sur les animaux chez lesquels l'intoxication n'atteint pas un degré aussi avancé que chez l'homme, montrent néanmoins, en même temps qu'un processus dégénératif graisseux (stéatose), de la plupart des organes : foie, rein, cœur, une tendance à l'inflammation chronique de certains tissus : du péricarde, de la capsule des reins, de la capsule du foie, des méninges.

La plupart des auteurs, Paul Ruge, Pupier, Dujardin-Beaumetz et Audigié, mes propres recherches, montrent la dégénérescence graisseuse du foie et des reins ; Paul Ruge note, en outre, la dégénérescence graisseuse du cœur, les adhérences de la capsule à la substance rénale. Neuman (de Kœnigsberg) et Kremiansky ont trouvé de la pachyméningite chez les chiens soumis à l'action continue de l'alcool. J'ai moi-même noté des plaques laiteuses sur le péricarde, l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, de la sclérose des cordons postérieurs chez un chien. C'est, en un mot, l'ébauche des deux processus, stéatose et sclérose que nous trouvons à un degré si avancé chez l'homme.

Chez l'homme, en effet, l'alcoolisme chronique s'inscrit en traces indélébiles sur la plupart des tissus et sur la plupart des organes; la trame conjonctive et le parenchyme sont à la fois compromis.

Est-il besoin de rappeler pour le système artériel, l'artério-sclérose, l'athérôme qui font d'un alcoolique de 40 ans, un vieillard

de 70 ans; et cette vieillesse précoce se traduit sur le tracé sphygmographique par un plateau très étendu. La stéatose du foie, la dégénérescence graisseuse des reins atteignent des degrés très avancés; le cœur est surchargé de graisse et les fibres musculaires elles-mêmes sont envahies par la dégénérescence granulo graisseuse. Le cerveau dans les périodes avancées offre parfois des lacunes dans les couches opto-striées et parfois également des foyers hémorragiques ou de ramollissement plus étendus au centre aussi bien que dans la couche corticale.

Tel est le principal processus dégénératif, celui qui conduit à la démence avec faiblesse musculaire et souvent paralysies partielles. Mais ce n'est pas tout; tous les observateurs constatent et signalent la stéatose, la sclérose diffuse, l'inflammation chronique des enveloppes, du tissu interstitiel, des petits vaisseaux, etc. Tantôt ils trouvent une cirrhose hépatique, d'autres fois une néphrite interstitielle; tantôt l'inflammation envahit le péricarde et le tissu même du cœur, tantôt les méninges, la moelle, le cerveau et l'on trouve une myélite, une encéphalite interstitielles diffuses.

Pourquoi cette sclérose diffuse s'installe-t-elle chez les uns sur un seul organe, chez d'autres sur plusieurs organes simultanément?

Il y a, sans doute, une certaine prédisposition, il y a aussi l'*organe faible*. On doit tenir compte de ces éléments, mais on est bien obligé de reconnaitre que l'alcool a comme propriété spéciale de produire le double processus : stéatose et sclérose. La prédominance de l'un ou de l'autre de ces processus chez les divers individus dépend surtout, on ne le conteste pas, de la prédisposition du sujet et aussi des conditions multiples d'hygiène dans lesquelles il vit.

Que nous donne la clinique?

Suivons d'abord les cas les plus communs, ceux dans lesquels l'alcoolisé chronique s achemine, de chute en chute, progressivement vers la démence.

Au bout de quelques années d'abus de boissons, quand les alcoolisés chroniques, commencent, passez-moi l'expression, à devenir mûrs, c'est-à-dire suffisamment intoxiqués, on voit leur intelligence s'affaiblir, la mémoire diminuer, l'imagination s'éteindre, le cours des idées se ralentir, le jugement devenir moins sûr, les facultés morales et affectives s'émousser; il se montre apathique, indifférent, sans volonté, sauf pour donner

satisfaction à ses appétits instinctifs. A ce moment, apparaissent aussi des étourdissements, des fourmillements et des crampes dans les membres, de petits *ictus* apoplectiformes ou épileptiformes s'accompagnant tantôt d'une parésie passagère d'un bras ou d'une jambe, tantôt d'empâtement et de gêne de la parole, et cette difficulté dans l'articulation des mots avec le tremblement alcoolique peut ressembler à de l'hésitation de la parole; parfois aussi, il survient de l'inégalité des pupilles; et si dans ces conditions, le malade entre à l'asile, stimulé par un accès passager de délire alcoolique, lequel, en outre des hallucinations pénibles, mobiles, multiples, professionnelles, peut s'accompagner encore d'idées ambitieuses, de préoccupations hypocondriaques, on conçoit, surtout si les renseignements font défaut, combien le diagnostic est difficile. On se trouve, en effet, en présence d'un alcoolisé chronique qui a revêtu le costume du paralytique général. Mais au bout de peu de temps, les symptômes sub-aigus, dus à l'appoint alcoolique,disparaissent et l'on retrouve l'alcoolisé chronique vulgaire.

Un second groupe, moins nombreux d'alcoolisés chroniques, est celui qui s'achemine vers la paralysie générale. L'individu, après également de longs mois de boissons et après plusieurs accès de délire alcoolique suivi de guérison, finit par présenter, après la disparition d'accidents sub-aigus, des modifications physiques et psychiques très notables. Les facultés intellectuelles ont baissé dans leur ensemble, la mémoire est infidèle, des oublis, des erreurs se répètent à chaque instant; il a moins d'aptitude au travail, son caractère a changé, il s'irrite pour des futilités, il reste indifférent pour des faits ou des contradictions graves, il a une liberté de langage inusitée, il commet des actes indélicats, parfois immoraux, dont il ne se préoccupe nullement. De temps à autre la parole est hésitante, et parfois les pupilles sont inégales; des étourdissements, des pâleurs subites, des engourdissements, des fourmillements et des crampes dans les membres se produisent quelquefois.

S'il survient un nouvel appoint alcoolique, ces phénomènes s'accentuent et donnent à l'individu les apparences d'un paralytique général avancé, tandis qu'il n'est encore qu'au début de la maladie. Que se passe-t-il dans les cas de ce genre? Habituellement la maladie suit sa marche progressive ; mais, parfois, comme du reste à la première période de la paralysie générale, il y a une amélioration sous l'influence du régime et de l'hygiène de

l'asile et l'individu, en rémission, mais non guéri, peut au bout d'un certain temps être rendu à la famille. Cette amélioration n'est qu'un arrêt dans la marche de la maladie et l'on ne serait pas fondé à considérer l'individu comme atteint d'une pseudo-paralysie générale alcoolique et non d'une paralysie générale vraie.

Dans une troisième catégorie de faits, les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent dix, quinze, vingt entrées dans les asiles, sans marcher néanmoins, comme les malades précédents ni vers la démence, ni vers la paralysie générale.

Que sont ces alcoolisés? Ce sont les prédisposés, les héréditaires dégénérés dont j'ai déjà parlé dans mon travail sur l'alcoolisme et que M. Legrain a mis en relief dans son intéressant ouvrage *Hérédité et alcoolisme*. Chez cette catégorie de malades, l'alcool véritable pierre de touche a une action spéciale; on est surpris à chaque rechute, de voir un délire très accusé s'accompagner de troubles à peine apparents de la motilité, il n'y a pas entre les symptômes physiques et les symptômes intellectuels, la corrélation que nous trouvons dans les cas ordinaires. Chez ces alcoolisés le système nerveux semble se dédoubler; tout ce qui appartient à l'ordre intellectuel est d'une impressionnabilité excessive, tout ce qui appartient à l'ordre physique fonctionne d'une façon normale, il y a un défaut d'équilibre; on juge de ce défaut d'équilibre, justement en observant les phénomènes qui se passent sous l'influence d'un même agent. Chez les animaux comme chez l'homme normal, l'alcool donne lieu à des phénomènes physiques et intellectuels qui marchent simultanément, se développent, s'accroissent parallèlement et ce consensus symptômatique répond à l'action généralisée du poison sur tout le système cérébro-spinal; mais, ici, l'équilibre est rompu, il suffit d'une faible dose de poison pour impressionner vivement le cerveau dans son mode intellectuel.

Sous l'influence d'un nouvel appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit, mais avec elle se développe souvent un délire polymorphe, des idées ambitieuses, mystiques, hypocondriaques, de persécution, etc. Quelquefois ces malades présentent une certaine gêne de la parole, quelquefois aussi de l'inégalité pupillaire. D'autre part, on apprend parfois qu'ils ont été arrêtés, ne pouvant payer un fiacre ou une dépense de restaurant. Tous ces phénomènes donnent l'idée d'une paralysie générale, et,

comme l'amélioration est obtenue au bout de quelques temps à l'asile, on voudrait dire encore pseudo-paralysie générale, tandis que c'est de la dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

Voilà donc trois groupes de faits, dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus affectés de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables et créer, par suite, des difficultés très grandes de diagnostic. Faut-il couvrir d'un voile ces difficultés en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique? Assurément non; il faut étudier ces faits plus complètement, et quand ils seront mieux connus, les erreurs deviendront des exceptions.

M. le Dr Rousset relate de nombreuses observations à la fin de son rapport, je lui demande la permission de leur donner une interprétation un peu différente : les cinq premiers cas sont groupés sous le titre d'héréditaires vésaniques et pour tous ces malades, si l'on note des signes de folie chez les ascendants, on ne constate chez eux aucun stigmate psychique de dégénérescence et ils ne se signalent que par des abus de boissons. Un sujet n'est pas prédisposé, uniquement parce qu'il a un père ou une mère aliénés; des fils d'aliénés peuvent parfois résister à toutes les causes physiques ou morales capables de provoquer des accès de folie chez les prédisposés et parcourir une longue carrière sans jamais éprouver le moindre trouble psychique, et inversement des sujets à hérédité peu chargée peuvent offrir, sous l'influence des causes les plus légères, des accès délirants. Ces malades qui ont résisté longuement à l'action de l'alcool ont, par ce seul fait, fourni la preuve que malgré leurs ascendants ils échappaient à la prédisposition.

Ces cinq malades de même que les cinq suivants à hérédité congestive, ne sont autres que des alcoolisés chroniques aboutissant à la paralysie générale.

En résumé, nous pouvons dire que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme chronique conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale.

M. Régis. — La discussion, au sein de nos récents Congrès, des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, commence à porter ses fruits, et grâce au nouveau courant d'actualité ainsi

créé, divers travaux ont vu le jour qui attestent dans notre pays un revirement d'opinion au sujet de cette question si controversée. Les travaux à venir ne manqueront pas, j'en ai la certitude, d'affirmer encore ce mouvement, qui se dessine à peine à l'heure présente.

La question des rapports de la paralysie générale et de l'alcoolisme devait nécessairement venir à la suite de la précédente, à titre de corollaire, et le Congrès de Lyon a été des mieux inspirés en l'inscrivant à l'ordre du jour de son programme. Le remarquable et très intéressant rapport de M. le Dr Rousset, distribué par avance aux membres du Congrès, ne peut manquer de favoriser à ce point de vue, une discussion sérieuse et approfondie.

Pour ma part, j'apporte à cette discussion le contingent de mon observation personnelle, comme je l'ai fait depuis déjà quatre ans pour celle relative à la syphilis. Mais avant d'indiquer les résultats de mes recherches, je tiens à dire quelques mots sur la valeur toute exceptionnelle du document que je viens soumettre au Congrès.

En principe, une statistique étiologique ne peut être bien faite dans un Asile public. Le nombre trop considérable d'aliénés, le séjour trop limité de certains d'entre eux et, par-dessus tout, l'absence trop fréquente de renseignements complets sont autant de causes qui ne permettent pas au médecin de s'éclairer comme il le voudrait. Et cette statistique devient pour ainsi dire un document sans valeur, lorsqu'elle porte non sur des malades actuels, mais sur des malades anciens, inconnus, et qu'on se borne pour l'établir à consulter des registres et des feuilles d'observations faits par d'autres et dans des conditions parfaitement ignorées. Ces registres et ces feuilles d'observations ont beau émaner de confrères autorisés et être aussi bien tenus que possible, ils ne peuvent en bonne science fournir les éléments d'une statistique aussi rigoureuse que doit l'être celle portant par exemple, sur un antécédent tel que la syphilis. Quand on s'est trouvé, dans la pratique, aux prises avec les mille difficultés que soulève la recherche de l'infection spécifique, si soigneusement cachée par l'intéressé et si généralement ignorée de son entourage, on ne peut, de bonne foi, s'en rapporter à ce que peuvent révéler, à cet égard, des registres d'asiles plus ou moins anciens. C'est pourquoi, je considère le rapport de notre distingué confrère le Dr Dubuisson au Congrès de Rouen, tout intéressant qu'il est, comme étayé sur des bases hypothétiques et comme devant forcément donner une

idée erronée des conditions étiologiques de la paralysie générale progressive.

S'il en est ainsi dans les Asiles, il en va tout autrement dans les établissements privés. Là, les aliénés sont en petit nombre; les transfèrements y sont rares et les médeçins y sont constamment en rapport avec les familles dont certaines viennent tous les jours pendant de longs mois, pour se tenir au courant des moindres incidents de l'état des malades. Une statistique faite dans un tel milieu devient de suite, beaucoup plus facile et beaucoup plus exacte.

L'établissement privé de Castel d'Andorte est particulièrement favorisé à ce point de vue. Composé d'un chiffre maximum de 50 aliénés, dont 36 hommes et 14 femmes, appartenant pour la plupart à Bordeaux ou à la région, il se trouve en outre dans cette condition éminemment favorable aux recherches, qu'il a été fondé il y a 46 ans et constamment dirigé depuis par le Dr Desmaisons qui possède, tant dans ses cartons que dans ses souvenirs, l'histoire complète des malades et des familles avec lesquelles il a eu affaire pendant ce long espace de temps. Pour ma part, depuis près de dix ans que je suis le médecin de l'établissement, je n'ai cessé d'être frappé des merveilleux avantages d'étude de ce milieu, non seulement par la facilité même qu'offrent les malades à l'observation, mais encore par le caractère des relations avec leurs parents dont la plupart deviennent peu à peu et par la force des choses, de véritables amis.

Cela étant, et avec l'aide du Dr Desmaisons, j'aurais pu sans inconvénient reconstituer au point de vue de l'alcoolisme et de la paralysie générale le passé de la Maison de santé tout entière, pendant les 46 ans de son existence. J'ai mieux aimé, pour avoir une certitude encore plus grande, limiter mes recherches à la période des vingt dernières années, et j'ai relevé avec soin sur le nombre total des aliénés des deux sexes admis pendant ce temps, le chiffre des alcooliques et des vésaniques alcoolisés, celui des paralytiques généraux et, chez ces derniers, la proportion des alcooliques.

Ce document, ainsi constitué sur des bases certaines, me paraît avoir une valeur indéniable. J'ajoute qu'au point de vue spécial qui nous occupe, il offre un intérêt d'autant plus grand qu'il émane d'une région où de tout temps, même à l'heure actuelle, les cas de folie alcoolique ont été très rares dans la classe moyenne et élevée de la société, malgré l'abus général qu'on y fait

des boissons et surtout du vin. en raison de son excellente qualité. Il me semble en effet que pour déterminer au juste l'influence que peut avoir l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale, ce n'est pas dans les pays où l'alcoolisme est très répandu et où toutes les folies sont plus ou moins teintées d'amylisme qu'il faut faire porter ses recherches, mais au contraire dans les pays où l'alcoolisme est rare. Pour que la loi du parallélisme entre la fréquence de l'alcoolisme et celle de la paralysie générale formulée par certains de nos confrères et en particulier par M. Paul Garnier soit exacte, il faut en effet que la paralysie générale soit d'autant plus rare dans un pays que l'alcoolisme y est moins fréquent et, en outre, que la grande majorité des paralytiques généraux soient des alcooliques avérés.

Le document qui suit répond d'une façon très nette, comme on va le voir, à ces divers points du problème.

Voir ci-contre un tableau donnant, par années : 1° le chiffre des admissions, hommes et femmes; 2° le chiffre des paralytiques généraux ; 3° le chiffre des alcooliques. Le pourcentage est indiqué pour chacune de ces catégories de malades ainsi que pour chaque sexe.

Il résulte de ce document que dans l'espace de vingt années, depuis le 1er juillet 1871 jusqu'au 1er juillet 1891, il est entré dans l'établissement 533 malades, dont 421 hommes et 112 femmes. Sur ce nombre il s'est trouvé : 1° 164 paralytiques généraux, dont 161 hommes et 3 femmes, dont un douteux; 2° 27 alcooliques, dont 26 hommes et une femme.

Le pourcentage de ces chiffres donne : 1° pour les paralytiques généraux 30, 76 0/0 dont 38,25 0/0 chez les hommes et 2,67 0/0 chez les femmes; 2° pour les alcooliques 6,41 0/0 dont 6,17 0/0 chez les hommes et 0,24 0/0 chez les femmes

Ces résultats sont des plus intéressants, car ils viennent à l'encontre de l'idée d'un rapport quelconque de fréquence entre l'alcoolisme et la paralysie générale, puisque d'une part, le chiffre des alcooliques est des plus minimes et de l'autre que celui des paralytiques généraux est le plus élevé de tous ceux qui ont été cités jusqu'à ce jour.

Le Dr Garnier qui a soutenu la thèse de la corrélation entre les deux maladies, a trouvé au Dépôt de la Préfecture de police de Paris que les cas d'alcoolisme entraient pour plus d'un tiers dans

TABLEAU

des Paralytiques et des Alcooliques admis pendant vingt ans dans l'établissement de X...

ANNÉES	ADMISSIONS			PARALYTIQUES GÉNÉRAUX			ALCOOLIQUES		
	H.	F.	Total	H.	F.	Total	H.	F.	Total
1871	14	3	17	4	»	4	»	»	»
1872	14	5	19	6	»	6	»	»	»
1873	23	5	28	12	»	12	»	»	»
1874	20	5	25	9	»	9	1	»	1
1875	21	4	25	6	»	6	»	»	»
1876	26	5	31	8	»	8	2	»	2
1877	30	4	34	14	»	14	3	»	3
1878	22	7	29	10	»	10	1	»	1
1879	17	5	22	9	»	9	2	»	2
1880	15	6	21	4	1	5	»	»	»
1881	18	9	27	7	1	8	1	»	1
1882	20	5	25	8	»	8	1	»	1
1883	21	7	28	13	»	13	1	»	1
1884	19	7	26	9	»	9	2	»	2
1885	23	4	27	8	»	8	»	»	»
1886	19	3	22	6	»	6	2	»	2
1887	18	5	23	7	»	7	1	»	1
1888	21	7	28	7	»	7	3	»	3
1889	23	8	31	8	1	9	2	»	2
1890	21	5	26	8	»	8	1	»	1
1891	16	3	19	8	»	8	3	1	4
Total	421	112	533	161	3	164	26	1	27
Pourcentage............				38.25%	2.67%	30.76%	6 17%	0.24%	6.41%

le nombre total des aliénés, soit 33 0/0, et les cas de paralysie générale pour 12 0/0. Ce sont aussi les chiffres donnés par M. le Dr Planès.

La proportion, comme on le voit, est ici plus que renversée et notre statistique démontre jusqu'à l'évidence que dans certains pays où l'alcoolisme est rare chez les aliénés au point de représenter seulement 6 0/0 du chiffre total, la paralysie générale peut être au contraire d'une extrême fréquence au point d'atteindre à elle seule 38 0/0.

Et ces résultats deviennent plus significatifs encore quand on s'aperçoit que sur les 27 alcooliques admis pendant 20 ans dans l'établissement sur un nombre total de 533 malades, il existe 4 Anglais de passage à Bordeaux, 2 Américains des provinces du Sud, 1 Sénégalais, 2 Nantais qui m'ont été adressés par mon ami le Dr Biaute, trois ou quatre individus habitant des départements éloignés, trois malades entrés deux fois, enfin plusieurs vésaniques ou dégénérés, transitoirement alcoolisés, ce qui réduit comme on le voit à un chiffre des plus minimes le nombre des aliénés bordelais ou de la région traités pendant ce temps pour alcoolisme.

Je puis donc dire en toute certitude que : dans la classe moyenne ou élevée de la Gironde, l'alcoolisme est des plus rares, tandis que la paralysie générale s'y élève à un chiffre qu'elle n'atteint peut-être nulle part ailleurs. C'est là ma première conclusion.

Si je prends maintenant les 164 paralytiques généraux qui figurent dans le tableau ci-dessus, je vois que quelques-uns dans la période dynamique du début, se sont livrés à la boisson, mais sans présenter le moindre signe d'intoxication alcoolique, et que *six* seulement étaient de véritables alcooliques, des alcooliques avérés. Or, l'évolution de la maladie chez ces six individus, est assez curieuse pour mériter d'être résumée ici en quelques mots :

1° Le premier, officier en retraite, âgé de 57 ans, habitant Périgueux, avait des habitudes alcooliques invétérées. Il entra dans l'établissement le 24 mars 1873 avec tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale accompagnés du délire des grandeurs caractéristique. Il sortit en rémission incomplète le 18 mars 1874 et mourut dans sa famille, j'ignore comment, à la fin de l'année 1875.

2° Le second était un négociant de Bordeaux, de 39 ans, également alcoolique chronique, qui entra le 22 février 1879 après un accès sub-aigu d'alcoolisme terminé par un état manifeste de

paralysie générale avec inégalité des pupilles, embarras de la parole, tremblements fibrillaires, délire des grandeurs incohérent. Transféré le 19 août 1879 à l'asile de Cadillac où j'ai eu l'occasion de le voir et de l'observer, il y est mort seulement le 23 août 1887 au bout de huit ans, après avoir été considéré en raison de la longue durée de son état, tantôt comme atteint de paralysie générale et tantôt de démence, de délire chronique avec mégalomanie.

3° Le troisième était un distillateur des Landes de 52 ans, admis le 26 janvier 1885, qui présenta de la façon la plus typique un accès de folie congestive ou folie paralytique de Baillarger sous sa forme ambitieuse. Je croyais ce malade destiné à verser peu à peu dans la démence paralytique lorsqu'à ma grande surprise je le vis s'améliorer puis guérir d'une façon radicale, au point qu'il put sortir le 25 juin 1885, entièrement rétabli. J'ai eu de ses nouvelles deux ans après et j'ai su que la guérison se maintenait encore à ce moment.

4° Le quatrième malade était un employé du Canal de Panama de 42 ans qui, pris à Colon d'un véritable accès de fureur alcoolique, avait été enfermé là dans une cage de fer, puis transféré à Bordeaux. A son arrivée, le 20 novembre 1885, on constatait chez lui des signes évidents de paralysie générale, notamment un délire de grandeurs mélangé à des idées confuses de persécution, de l'inégalité des pupilles, du tremblement fibrillaire, de l'hésitation dans la parole. L'état resta stationnaire pendant fort longtemps et il survint même une véritable rémission qui dura environ un an. Puis les facultés s'affaiblirent, le délire des grandeurs devint de plus en plus diffus et de plus en plus absurde et le malade tomba par degrés dans la cachexie ordinaire de la paralysie générale. Il succomba aux progrès du marasme le 13 septembre 1890, c'est-à-dire cinq ans après son entrée.

5° Le cinquième malade était un employé de commerce de 40 ans, métis de la Nouvelle-Orléans, syphilitique et alcoolique chronique. Il entra le 2 juin 1886 avec de l'inégalité des pupilles, de l'embarras de la parole, des tremblements fibrillaires, du délire des grandeurs mélangé d'idées de persécution (il croyait être très riche, appartenir à la famille d'Orléans et en même temps se croyait empoisonné par les aliments et par les contacts). Tous ces symptômes disparurent très rapidement, sauf les idées ambitieuses qui persistèrent pendant deux mois encore, puis elles

cédèrent à leur tour et la sortie eut lieu le 8 décembre 1886 dans un état de parfaite guérison. J'ai pu suivre ce jeune homme depuis cette époque. Il reprit d'abord son travail, puis devint paresseux et inactif, se remit à boire, et succomba enfin subitement, en avril 1888, par suite d'hémorragie cérébrale.

6° Le sixième et dernier malade était un négociant de Bordeaux, âgé de 35 ans, ancien militaire d'Afrique où il avait contracté des habitudes d'alcoolisme et d'absinthisme. Il entra le 11 juin 1887, portant sur son certificat d'admission la mention : « paralysie générale d'origine alcoolique » et en présentant d'ailleurs tous les symptômes (inégalité des pupilles, embarras de la parole, tremblements fibrillaires, délire des grandeurs incohérent). Il s'y joignait des crises d'emportement survenant chez lui au moindre excès et une perversion très grande du sens moral. Les symptômes de paralysie générale ayant commencé de s'améliorer dès les premiers jours, je portai dans mon certificat de quinzaine le diagnostic de pseudo-paralysie générale alcoolique et de fait, le malade sortait le 11 janvier 1887 de la Maison de santé, deux mois après son entrée, ne conservant des symptômes passés qu'un certain degré d'inégalité pupillaire. Je n'avais plus entendu parler de lui depuis cette époque lorsqu'il y a deux mois environ j'ai reçu une lettre de sa femme m'informant qu'il venait d'être arrêté à Paris pour abus de confiance et me priant de lui délivrer un certificat constatant son état mental au moment où je l'avais traité. Je rédigeai un certificat attestant que ce malade avait présenté en 1887, c'est-à-dire il y a 1 ans, tous les symptômes de la paralysie générale, et désignant, à nouveau, son état sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Telle est, en résumé, l'histoire des six alcooliques figurant parmi les 161 paralytiques généraux de ma statistique. On voit que tous ont présenté de la façon la plus nette les caractères attribués par certains auteurs à la paralysie générale ou à la pseudo-paralysie générale alcoolique, c'est-à-dire une longue durée, des rémissions et même des guérisons plus ou moins complètes et définitives.

Il résulte de ces faits : d'une part que la proportion des véritables alcooliques chez les paralytiques généraux observés par nous est des plus minimes puisqu'elle ne s'élève qu'à 6 sur 161 ou 4,26 0/0; d'autre part que chez les quelques alcooliques devenus paralytiques généraux, la maladie a revêtu une allure

régressive caractéristique. Ce sont là les deux autres conclusions de mon travail.

En résumé, je crois pouvoir formuler les déductions suivantes :

1° Dans la classe moyenne et élevée de la Gironde, les cas d'alcoolisme et de paralysie générale sont en proportion absolument inverse. Les premiers représentent à peine 6 0/0 du chiffre total des aliénés, les seconds atteignent 38 0/0 de ce chiffre. Encore faut-il remarquer qu'un certain nombre des alcooliques traités étaient étrangers à la région et même à la France.

2° Sur les 164 paralytiques généraux admis dans la Maison de santé de la Gironde pendant les vingt dernières années, si l'on fait abstraction de ceux, assez rares d'ailleurs, qui ont commis quelques excès de boisson dans la période dynamique du début, il n'a existé que six alcooliques avérés, soit 4,26 0/0.

3° La symptomatologie et l'évolution de la maladie, chez ces six individus, ont été exactement celles que certains auteurs ont attribués à la paralysie générale ou à la pseudo-paralysie générale alcoolique. Ce qui a dominé en effet chez eux, c'est une tendance constante à la rémission et même à la guérison.

4° L'ensemble de ces faits montre qu'au moins dans la région à laquelle ils se rapportent, l'alcoolisme n'exerce aucune influence sur la production de la paralysie générale.

5° En revanche, la presque totalité des paralytiques généraux sur lesquels j'ai entrepris à cet égard une enquête sérieuse et approfondie, depuis déjà quatre ans, étaient d'anciens syphilitiques. Si l'on remarque que cette particularité se retrouve d'une façon plus ou moins identique dans tous les pays, et même dans les Asiles de la Seine, depuis que les recherches statistiques deviennent plus exactes et plus complètes, on est forcé de convenir que la cause la plus générale et la plus constante de la paralysie générale en dehors des conditions spéciales de prédisposition et d'hérédité, toujours nécessaires, c'est la syphilis.

M. Marie. — Conformément à la méthode préconisée par M. Hack-Tuke dans sa communication au Congrès international de 1878 et pour répondre aux désiderata des Congrès, nous avons dressé un tableau des différents facteurs étiologiques que nous avons pu retrouver chez nos paralytiques généraux. Ces

derniers au nombre de 265 ont été observés concurremment à l'asile de Villejuif (service de M. le Dr Vallon), et à la Roche-Gandon (Dr Friese) en l'espace de deux ans.

Nous avons étudié d'une part les antécédents personnels de nos malades selon leur fréquence et leur importance apparente ; nous leur avons opposé les antécédents héréditaires qui, comme on le verra, ont paru l'emporter sur les premiers.

A. P. — Au premier rang des causes occasionnelles, et en particulier des intoxications, s'imposait la recherche de l'alcoolisme : aussi y avons-nous procédé par la triple voie qui nous était accessible; à savoir : l'examen direct du malade à l'entrée et la constatation des signes physiques de l'alcoolisme aigu ou chronique, ensuite les anamnestiques du malade lui-même, enfin l'interrogatoire des parents.

Les résultats correspondant à ces différents moyens d'investigation sont loin d'avoir une égale signification.

Un malade d'une période avancée, impossible à interroger sérieusement à notre point de vue, et ayant pu éliminer dès longtemps tout alcool, peut-il être pointé comme alcoolique ancien, parce que la famille, pressée de questions, reconnaît qu'effectivement il buvait avant d'être malade?

Inversement, chez un paralytique entrant avec tous les signes d'un alcoolisme indubitable mais récent, comment apprécier la relation de cause à effet existant entre les deux ordres de symptômes, en l'absence d'autres renseignements complémentaires ?

Dans le doute nous avons subdivisé nos malades en différentes catégories.

Déduction faite de cas négatifs ou douteux, nous avons trouvé 67 sur 108 soit environ 65 0/0, de paralysés généraux alcoolisés.

Mais ce chiffre éloquent au premier abord perd bien de sa valeur si l'on considère que nous observons dans un milieu spécial (ouvriers et artisans), et que la proportion est réductible, car les cas d'alcoolisme aigu récent peuvent être considérés en bloc comme consécutifs; même dans les cas chroniques d'ancienne date, des signes également certains de *paralysie générale* dûment constituée se retrouvent à une époque antérieure encore.

En second lieu, il n'y a pas de raison pour attribuer à l'alcool l'influence prépondérante, étant donné que nous le trouvons souvent combiné à d'autres facteurs aussi fréquents (syphilis, etc.). Enfin, l'alcool seul ne s'est rencontré dans nos observations que trois fois.

Il y avait lieu de faire la contre épreuve de la statistique précédente concernant l'alcoolisme dans les antécédents des aliénés ordinaires, et dans certain milieu, en tenant compte de la fréquence relative de la paralysie générale dans ce même milieu. — C'est ce que nous avons fait. Sur un total de *222* entrées en 2 ans à la Roche-Gandon, nous avons pointé *110* cas d'alcoolisme se décomposant en 11 cas d'alcoolisme pur et simple et 91 cas d'aliénation variés (surtout des débiles héréditaires) avec excès alcooliques surajoutés. — D'autre part le contingent total d'entrants n'a fourni que 13 paralytiques dans le même espace de temps. Défalcation faite des paralytiques et des alcooliques simples voilà donc près de 50 pour 0/0 d'alcoolisme chez des aliénés ordinaires. Ce chiffre est considérable, pourtant nous n'observons pas une proportion plus grande de paralytiques dans ce milieu, au contraire (62 0/0).

En outre pas plus pour les aliénés ordinaires que pour les paralytiques, l'alcool ne semble ici un facteur étiologique.

En effet, la majorité de ces aliénés, non paralytiques, mais alcooliques, est constituée par des débiles ; or, pour eux le doute n'est pas possible : la dégénérescence mentale, héréditaire, et la faiblesse congénitale sont évidemment, non l'effet, mais bien la cause de l'aliénation comme de l'alcoolisme concomitant.

Si l'alcool a pu exercer une influence pathogène, ce n'est que chez les ascendants, nous tombons alors dans le rôle prépondérant des antécédents héréditaires.

Le même raisonnement,croyons-nous, pourrait s'appliquer aux paralytiques alcooliques, paralysie générale et alcoolisme devenant les deux conséquences successives ou coexistentes d'une même prédisposition héréditaire sans rapport de causalité forcé de l'une à l'autre.

Cette manière de voir nous parait aussi soutenable que celle qui consiste à renverser le rapport de cause à effet et à considérer l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale.

Elle est, en effet, applicable aux autres intoxications involontaires : par le plomb par exemple; il est permis de croire que l'ouvrier plombier, chez lequel l'intoxication affecte la forme d'encéphalopathie saturnine, était antérieurement un cérébral à la différence de tel autre qui, au contraire, a vu se localiser le toxique sur telle autre partie de son organisme (reins, tube digestif, système nerveux périphérique ou musculaire) le cerveau restant relativement indemne.

De même que chez les alcooliques (rares d'ailleurs) qui sans autre antécédent personnel versent dans la démence paralytique (Obs. de M. Magnan), il s'agirait encore de faire le départ exact des antécédents héréditaires, de même chez les paralytiques où le plomb paraît seul en cause (cas de M. Régis), il y a lieu peut-être de chercher dans l'hérédité la cause pathogène vraiment essentielle.

Quant à nous, l'importance minime du chiffre des paralytiques saturnins se trouve encore atténuée par la combinaison constante de ce facteur, non seulement à l'alcool (qui nous a paru encore prédominer chez un même individu), mais aussi à d'autres causes, traumatisme, syphilis, enfin et surtout hérédité qui était constante dans nos observations, les autres facteurs étant multiples et variables.

— La démence paralytique paraît dans certains cas se développer consécutivement comme la démence précoce à un processus infectieux aigu. Mais comme M. Falret l'a fait remarquer pour ces derniers, le processus infectieux agit à la façon d'un réactif chimique pour déceler la tare cérébropathique antérieure, véritable cause de la déchéance précoce dans laquelle ils versent d'emblée.

Au surplus, le nombre restreint de cas de ce genre (19) nous dispense, croyons-nous, d'insister plus longuement sur ce point, et il y a lieu de chercher ailleurs une infection prolongée dont l'influence longtemps continuée puisse s'exercer d'une façon décisive et se retrouve avec une fréquence insolite chez nos malades.

La syphilis ne remplirait-elle pas cette double condition ?

Dépister la syphilis n'est pas chose facile ; aussi doit-on tout d'abord indiquer les moyens d'information mis en œuvre. Comme pour l'alcool ils sont de plusieurs ordres, ayant chacun une valeur variable. C'est d'abord l'interrogatoire des malades qui seul est bien critiquable : que de fois la syphilis, niée énergiquement avec la conviction de la sincérité, est démontrée par l'éclosion ultérieure d'accidents indubitables. Inversement la syphilis avouée se réduit parfois à une blennorrhagie confondue par le malade avec les accidents spécifiques. Aussi avons nous autant que possible corroboré les données par l'examen objectif, et la recherche de tous ces stigmates de la syphilis; en même temps nous avons recueilli les renseignements émanés des familles et des médecins traitants (au moins les documents indirects comme les ordonnances anciennes). Enfin nous n'avons pas négligé l'état des enfants

existants et l'enquête relative à la femme (fausses couches, accouchements prématurés, contagion, etc.) Notre collègue et successeur à l'asile de Villejuif, le docteur Bonnet, s'est chargé de cette partie de notre enquête, voici les chiffres obtenus par cette méthode :

Renseignements incomplets	85
— nettement négatifs	10
Syphilis discutable	6
— probable	11
— certaine	54

Total des malades examinés à ce point de vue : 166 (année 1891, Villejuif).

Soit 42,7 0/0 ou en ne tenant compte que des 81 observations complètes 66,6 0/0 de syphilis certaine.

Voici en regard un tableau analogue de la fréquence de la syphilis chez un certain nombre de non paralytiques.

ALIÉNATIONS.	NOMBRE	SYPHILIS		
		Certaine	Probable	Douteuse
1. Alcooliques	23	1	1	»
2. Débiles	32	5	2	1
3. Déments séniles	21	1	»	»
4. Mélancoliques	14	2	»	1
5. Maniaques	5	1	1	1
6. Persecutés	5	»	»	»
7. Epileptiques	2	»	»	»
8. Imbéciles	2	»	»	»
TOTAUX	104	10	4	3

Soit près de 17 °/₀ tandis que pour les paralytiques nous obtenons 66 °/₀.

Rappelons les chiffres contradictoires des auteurs :

NON PARALYTIQUES	PARALYTIQUES — SYPHILIS PROBABLE		PARALYTIQUES — SYPHILIS CERTAINE
Tigges et Obersteiner .. 4.1 °/₀	20.5 °/₀	42 °/₀ (Cullere)	Christian 15 °/₀
Savage .... 5 °/₀	25 °/₀	62 °/₀ (Æbcké)	Dubuisson $\frac{50}{1600}$
Ziehen .... 1.5 à 13 °/₀	33 à 43 °/₀	78 à 80 °/₀ (Régis)	Reynier et Magnan $\frac{16}{179}$
Dietz et Mendel........ 18 °/₀	76 °/₀	100 °/₀ (Kielberg, Essmark, Jessen)	A. Voisin $\frac{9}{560}$

Pour Rieger, la syphilis est 17 fois plus fréquente chez les paralytiques.

Que conclure de ces divergences ?

Comme l'a signalé M. Dubuisson, il y aurait lieu de limiter les recherches aux états supposant une vie génitale mouvementée, les chroniques et les congénitaux mis à part. Ce sont précisément ces derniers qu'on trouve indemnes. Ainsi modifiées, nos proportions remontent à près de 18 0/0. Or, si on fait une distinction analogue pour les paralytiques, on trouve ceux à forme dépressive en faible proportion parmi les syphilitiques (1/6).

La fréquence de la syphilis montrerait seulement que l'excitation génésique, poussant aux excès vénériens variés, multiplie les chances de contamination pour les paralytiques exubérants, à la période de dynamie fonctionnelle.

La recherche des dates comparées du début de la paralysie générale, par rapport à la contamination syphilitique, corrobore cette façon de voir dans certains cas.

M. Regnier a signalé le chancre induré chez des malades antérieurement paralytiques; nous avons nous-mêmes observé l'iritis secondaire, alors que la syphilose cérébrale est tertiaire.

Nous croyons d'ailleurs que la syphilis évolue souvent parallèlement à la paralysie générale et nous avons observé deux malades

avec gommes du tibia rapidement guéries par le traitement approprié, alors que la méningo-encéphalite a progressé.

La syphilis, comme les intoxications, semble donc pouvoir être réduite, dans un certain nombre de cas, au rôle de conséquence au lieu de cause ; quand elle n'est pas manifestement ultérieure au début de l'affection, elle peut relever de l'excitation génésique de la dynamie fonctionnelle prodromique, sans préjudice de l'action accélératrice du processus qui peut s'en suivre.

Il n'est pas jusqu'au traumatisme qui, dans certains cas, n'en puisse imposer comme cause apparente, alors qu'il n'est encore que conséquence. Un de nos malades, cocher, a fait de son siège une chute sur la tête qui a été gravement contusionnée par une roue. Cet accident, attribué par l'entourage à l'ivresse, relevait en réalité d'un ictus transitoire, tel qu'on en rencontre souvent tout au début de l'affection. Leur recherche méthodique nous paraît un moyen précieux de fixer le début certain de l'affection et de trancher la question de cause à effet, qu'on retrouve au fond de tous les antécédents personnels discutés.

Dans deux de nos observations ils se sont montrés plus de cinq ans avant tout autre signe.

A. H. — En l'absence d'observations où l'on puisse invoquer nettement un facteur étiologique personnel unique, examinons l'hérédité.

Antécédents héréditaires niés	14	
A. héréditaires inconnus	41	
A. h. homologues	2	
A. h. congestifs	65	
A. h. vésaniques	44	
A. h. alcooliques	3	(internement du père).
A. h. névropathiques	7	
A. h. diabétiques	2	
A. h. syphilitiques	1	
Total examiné	179	

Sur le nombre il y a *9* cas où l'hérédité congestive accumulée semble seule en cause.

Ceux-mêmes, où l'hérédité paraît faire défaut, peuvent rentrer

pour une part dans la règle, si l'on considère, par exemple, que la procréation tardive équivaille à la sénilité précoce, à l'athérome des ascendants; c'est du moins ainsi que nous nous expliquons l'influence de la longévité des ascendants, signalée par quelques observateurs. Deux de nos paralytiques avaient été procréés après la 50me année de l'un de leurs ascendants immédiats.

On pourra nous objecter la variété de tous ces antécédents héréditaires.

En l'absence d'une connaissance suffisante des lois de l'hérédité psychopathique, le problème des conditions héréditaires pathogéniques de l'affection se trouve reculé, mais non résolu; nous croyons du moins qu'on peut le poser sur ce terrain et espérer le résoudre. Il s'agirait donc de faire la part de ceux de ces facteurs qui se retrouvent le plus souvent dans l'hérédité, et de déterminer dans quelles conditions exactes leur accumulation et leur combinaison préparent la paralysie générale.

Nous ne pouvons qu'ajouter quelques arguments tirés de l'observation, en faveur de l'importance dominante de l'hérédité d'une façon générale.

L'examen somatique du paralytique montre souvent des stigmates physiques multiples; les malformations crâniennes sont fréquentes, les diamètres et la capacité crânienne souvent insuffisants (1).

Quant à l'état mental, le cachet de l'hérédité vésanique y paraît tel, qu'il a servi de point de départ à la destruction de la folie paralytique par opposition à la démence (Baillarger).

Les antécédents personnels des malades viennent parfois démontrer l'existence d'une hérédité inavouée ou ignorée; on a observé chez des paralytiques les principales formes de névroses héréditaires (Migraine ophtalmique, chorée, hystérie, maladie de Basedow, épilepsie vraie, etc.).

On connaîtra peut-être la lésion initiale de la paralysie générale quand on saura l'anatomie pathologique de ces névroses sans lésions histologiques connues; elles sont peut-être, dans ces cas, symptomatiques d'un processus en quelque sorte préparalytique. L'évolution de la paralysie générale peut enfin déceler le cachet d'une prédisposition héréditaire (ex. : *ictus fugaces* et hémiplégies transitoires répétées chez des paralytiques dont un ascendant direct a eu une hémiplégie ordinaire du même côté, 3 observations avec autopsie).

(1) Voir d'Arnaud, *Autopsies d'imbéciles devenus paralytiques généraux A. M. P.* 1888, II.

Parfois les collatéraux ne sont pas moins intéressants à notre point de vue : un de nos paralytiques, avec ictus épileptiformes fréquents, a un frère épileptique à Bicêtre, deux autres ont un frère ou une sœur idiots; enfin l'un a sa sœur également paralytique internée dans la Seine.

Savage (*Américan J. of. Insanity*, 1878) a rapporté plusieurs observations de paralysie générale survenue chez des jumeaux au même âge, bien qu'ils eussent des conditions d'existence très différentes et pas de facteur étiologique personnel appréciable.

Conclusions. — Les premiers symptômes cliniques classiques de la paralysie générale, correspondent à une période déjà avancée de ses lésions anatomiques ; tant que l'on n'aura, à l'aide d'expérimentations décisives, ou par toute autre voie, constitué un critérium permettant de déterminer cliniquement quand *commence* l'affection, les facteurs étiologiques personnels proposés resteront susceptibles d'être considérés comme secondaires, surtout si on leur oppose l'hérédité, seul facteur constant; le seul aussi qui échappe à l'influence de causes occasionnelles, manifestement consécutives et n'ayant pu agir que comme agents provocateurs. La multiplicité des facteurs personnels invoqués démontre leur importance secondaire. Notons toutefois la plus grande fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis associés, qui forment, avec l'hérédité, une triade où cette dernière a l'importance prédominante, par rang de date ou de fréquence. Plus on cherche les antécédents héréditaires, dans la paralysie générale, plus on les trouve. On peut donc la considérer comme une affection dégénératrice, non de l'individu, mais de l'espèce, et la pathogénie en doit être envisagée dans la série ; il y aurait lieu de mettre à l'étude le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de cette affection.

M. Combemale. — L'expérimentation est d'un grand secours pour établir la valeur d'une cause dans l'étiologie ou la pathogénie d'une maladie donnée. J'ai eu recours à ce mode d'investigation pour étudier le rôle de l'alcool dans la paralysie générale.

D'une première série de recherches faites en commun avec M. Mairet (*Académie des sciences*, 12 mars 1888), il nous avait été permis de conclure :

1° L'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens.

2° A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre à la fois ataxique et paralytique, qui débutent dans l'arrière-train, ou mieux peut-être qui ont leur maximum au début dans cette région, et qui se généralisent rapidement comme dans la paralysie générale.

3° A l'autopsie on a retrouvé les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires.

Dans une seconde série d'expériences, entreprises à Lille, j'ai obtenu les mêmes résultats. L'observation suivante est typique à ce sujet, à part ce fait qu'elle concerne un cas de paralysie générale à forme spinale.

Au bout de quatre mois et demi d'ingestion quotidienne de 1 gramme, puis successivement 2, 3, 4 et 5 grammes d'alcool absolu (dilué pour l'ingestion) par kilogramme du poids de son corps, l'animal a commencé à fléchir sur son arrière-train puis la paralysie générale s'est installée; les pattes de derrière, immobiles et insensibles au repos, traînent pendant la marche l'arrière-train à l'aide des pattes de devant qui se meuvent seules, et tombent indifféremment sur le côté droit ou le côté gauche. A ces troubles nerveux des membres, il faut ajouter des tremblements assez marqués, comme choréiques, de la tête et du cou, et aussi des modifications du caractère et de l'instinct qui d'un animal très peu endurant avaient fait une chienne trés tolérante aux excitations. Ces troubles physiques et mentaux justifiaient le diagnostic de paralysie générale à forme spinale.

Ce sont là des faits, mais ne ne sont que des faits, que je désire apporter au Congrès, sans entrer dans des conclusions à mon avis prématurées.

M. Magnan. — Par quelle voie M. Combemale introduisait-il l'alcool chez des chiens ?

M. Combemale. — Par la voie stomacale; au moyen de la sonde œsophagienne, j'ai pu donner ainsi quotidiennement jusqu'à

8 grammes d'alcool par kilogramme d'animal : la tolérance s'établit habituellement dès le second jour.

M. Magnan. — Dans mes expériences, j'ai toujours introduit directement l'alcool dans l'estomac au moyen d'une fistule gastrique ; quand j'ai voulu procéder autrement, l'alcool était rejeté par les vomissements. Quoiqu'il en soit, les résultats de M. Combemale concordent avec les miens et tendent à prouver que l'alcool détermine chez les animaux un complexus symptomatique comparable à celui de la paralysie générale de l'homme.

M. Christian (de Charenton). — Je ne crois pas que les expériences de M. Combemale autorisent une pareille conclusion : elles prouvent seulement que l'alcool provoque, chez le chien, l'apparition d'un certain nombre de phénomènes analogues à ceux de la paralysie générale humaine; mais il y a loin de là à une identité; d'autant plus qu'au point de vue anatomo-pathologique, on ne saurait non plus assimiler les lésions que provoque l'alcool chez le chien à celles que détermine la paralysie générale chez l'homme.

M. Mairet. — Les recherches expérimentales,que nous avons faites en collaboration avec M. Combemale,amènent à penser que l'alcool peut donner naissance à la paralysie générale. Cette manière de voir est confirmée par la clinique.

On rencontre des individus chez lesquels on ne trouve aucune autre cause que l'alcoolisme pour expliquer le développement de la paralysie générale dont ils sont atteints et qui, ainsi que le prouvent les schémas des préparations microscopiques que nous faisons passer, présentent, à l'autopsie, des lésions semblables à celles qui existent chez le chien intoxiqué par l'alcool.

Mais cette paralysie générale produite par l'alcool a des caractères qui lui sont propres et qui, dans le groupe des paralysies générales, — car pour nous, il y a des paralysies générales et non une paralysie générale, — permettent de la reconnaître et d'établir sa nature.

Ces caractères sont de deux ordres : symptomatiques et évolutifs.

1° *Caractères symptomatiques.* Ces caractères relèvent de la sensibilité, de l'intelligence, de la motilité et de la nutrition.

a) *Sensibilité*. On constate des troubles de la sensibilité générale sous forme de fourmillements, d'élancements, de secousses que les malades rattachent volontiers à l'électricité et qui sont surtout marqués aux extrémités, comme dans les paralysies alcooliques.

Parfois, mais beaucoup plus rarement, ces sensations sont viscérales; à noter, comme troubles fréquents, des douleurs de tête assez intenses.

La vue est souvent atteinte et on retrouve des hallucinations qui rappellent les hallucinations de l'alcoolique non paralytique; dans certains cas, ces hallucinations revêtent un caractère plus spécial; les malades voient tout à coup disparaître les objets qui les environnent, la lumière persistant, pouvant même augmenter d'intensité. Ces derniers symptômes s'accompagnent ordinairement d'un état vertigineux.

Tous les sens peuvent parfois être atteints.

Ces perversions ne sont généralement pas continues, et elles reviennent ordinairement par accès et donnent alors volontiers au délire une direction lypémaniaque avec prédominance d'idées de persécution et d'idées hypochondriaques. — Aussi voit-on chez le paralytique alcoolique alterner volontiers le délire lypémaniaque et le délire des grandeurs. Dans certains cas, le délire lypémaniaque ne fait que teinter le délire des grandeurs.

b) *Intelligence*. — A part les particularités que nous venons de signaler comme se rattachant aux troubles sensoriels, il est une particularité qui nous frappe beaucoup dans la manière d'être morale du paralytique général alcoolique; c'est le mauvais caractère; tandis que le paralytique général ordinaire est bon enfant, le paralytique alcoolique est irritable, agressif, méchant.

c) *Motilité*. — A côté des troubles paralytiques, on constate de la roideur musculaire. Le paralytique général alcoolique, au lieu d'être affaissé, tassé sur lui-même, comme le paralytique général ordinaire, se tient au contraire raide; lorsqu'il marche on voit ses muscles se contracter rappelant ainsi ce qui se passe dans le tabes spasmodique ; en outre, les mouvements ont quelque chose d'ataxique qui se remarque surtout bien lorsqu'on a fait coucher le malade et qu'on lui demande, par exemple, de porter une jambe sur l'autre.

Il y a à peu près constamment une hypérexcitabilité musculaire

très marquée qui ne coïncide pas toujours avec une hypérexcitabilité tendineuse.

d) La nutrition se maintient meilleure, toutes choses égales d'ailleurs, dans la paralysie générale alcoolique que dans la paralysie générale ordinaire; et, en outre, le paralytique général alcoolique présente dans son habitude extérieure les caractères de l'alcoolique.

2° *Caractères tirés de l'évolution.* — La paralysie générale alcoolique débute souvent par un accès de *delirium tremens* auquel succède un certain degré d'affaiblissement intellectuel, avec quelques troubles paralytiques qui s'accentuent sous l'influence d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes. D'autres fois c'est un véritable accès de manie alcoolique qui est le début de la maladie.

Ailleurs les troubles paralytiques s'accusent rapidement. Ainsi à la suite d'un choc moral ou physique, l'alcoolique est brusquement pris de troubles paralytiques d'abord localisés et qui se généralisent rapidement.

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont très fréquentes au début de la maladie et un de nos malades nous disait être sous le coup d'un état vertigineux constant.

Assez souvent les attaques épileptiformes mettent un terme à la maladie à une époque assez rapprochée du début. Mais il est loin d'en être toujours ainsi et lorsque la paralysie suit son évolution naturelle, cette évolution est lente; c'est ainsi qu'un de nos malades est à l'asile depuis plus de douze ans sans que la paralysie ait fait des progrès bien notables.

Les rémissions sont fréquentes dans la paralysie générale alcoolique, rémissions plus ou moins complètes, souvent très considérables.

Telles sont, brièvement indiquées, les raisons d'ordre expérimental et clinique qui nous obligent à admettre que l'alcool peut donner naissance à une paralysie générale; et les caractères qui nous paraissent distinguer la paralysie générale alcoolique de la paralysie générale ordinaire (*Applaudissements*).

M. Magnan. — Il est bien certain que l'alcool donne une physionomie spéciale à la paralysie générale, et il ne peut pas en être autrement, puisque le paralytique alcoolique, en plus d'une encé-

phalite interstitielle diffuse, présente des lésions athéromateuses des artères et quelquefois même des foyers circonscrits; il n'est donc pas surprenant que ces lésions surajoutées se traduisent par des symptômes particuliers, mais il n'y a pas lieu de créer pour cela une variété spéciale de paralysie générale.

M. Charpentier. — Il n'est pas rare de rencontrer dans nos services, des malades qui, après avoir présenté un mélange de signes physiques et mentaux communs à la paralysie générale et à l'alcoolisme, sont inscrits sous le nom d'excitation maniaque, et finissent par guérir et quitter l'asile. Sont-ce des paralytiques généraux guéris ou en rémission? Sont-ce des alcooliques ayant simulé la paralysie générale? A défaut d'autopsies, on ne peut faire que des hypothèses non vérifiables. Mais à côté de ces sujets qui guérissent, il en est d'autres qui ne guérissent pas, chez lesquels même la marche de la maladie est assez rapidement fatale et à propos desquels les recherches nécroscopiques peuvent être divisées en deux ou trois groupes principaux.

Les uns présentent des lésions viscérales, congestion, hypertrophie, stéatose, piquetés hémorrhagiques, foyers de ramollissement dans le foie, les reins, le cœur, les poumons, ou des lésions des capillaires artériels ou même des lésions méningées, hyperémies ou phlegmasies, mais peu ou point de cette sclérose interstitielle, proliférante, diffuse, caractéristique de la paralysie générale.

Les autres, après avoir présenté plus ou moins les mêmes symptômes pendant la vie, après avoir été reconnus pour des alcooliques avérés comme les précédents, offrent à l'autopsie les lésions caractéristiques de la paralysie générale, mais aucune de ces lésions réellement imputables à l'alcoolisme; en dehors du système cérébro-spinal, les recherches sont négatives.

Et cependant, nous le répétons à dessein, les uns et les autres, avec des variantes bien entendu, entrés avec de l'excitation maniaque subaigüe ou plus accentuée, avec des idées délirantes, multiples, mobiles, naïves, contradictoires, avec parfois, des hallucinations terrifiantes, avec l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole, des erreurs et des hésitations dans le langage, le tremblement fibrillaire de la langue ou du visage, les tremblements ou les secousses spasmodiques des membres, avec les antécédents bien constatés d'abus alcooliques, les uns et les autres ont présenté ce mélange de symptômes communs à la paralysie générale

et à l'alcoolisme; les symptômes ont marché assez rapidement avec ou sans rémission; ils sont morts, soit subitement, soit par asphyxie lente ou rapide, ou par complication pulmonaire, soit dans le marasme paralytique, sans que rien, pendant la vie, ait pu faire pencher le diagnostic, ou vers la paralysie générale simple ou alcoolique suivant la théorie, ou vers l'alcoolisme simulant la paralysie générale. Seule, l'autopsie a pu bien nettement différencier de tels sujets en deux groupes.

A côté de ces deux grands groupes de lésions cérébrales, ou viscérales alcooliques et de lésions de paralysie générale sans autres altérations importantes, imputables à l'alcoolisme, nous devons ajouter que nous avons trouvé aussi, associées chez un même sujet, les lésions de la paralysie générale et de l'alcoolisme. De tels faits peuvent nous renseigner à propos de la question qui est à notre ordre du jour : du rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale.

Nous y voyons que :

1° L'intoxication alcoolique peut borner ses effets au tissu conjonctif interstitiel cérébro-spinal, et produire les lésions de la paralysie générale, sans pour cela exercer d'action simultanée sur les autres systèmes ou organes.

2° La même intoxication peut produire un complexus clinique absolument semblable à celui de la paralysie générale, sans qu'à l'autopsie on retrouve les lésions caractéristiques de la paralysie générale; s'il y a des cas caractéristiques dans lesquels le diagnostic est possible, il en est d'autres, ou à moins d'admettre, par une pétition de principes, c'est-à-dire par un sophisme, que l'erreur est impossible, la confusion est telle que l'on ne pourra dire, s'il s'agit de paralysie générale alcoolique ou d'alcoolisme simulant la paralysie générale.

3° Les recherches cliniques et les autopsies ne permettent pas d'affirmer que la paralysie générale alcoolique n'existe pas.

Il n'y a pas de sclérose cérébrale, interstitielle, proliférante, diffuse sans paralysie générale, ceci est certain, mais qu'il existe un complexus symptomatique simulant la paralysie générale sans les lésions de celle-ci, c'est ce que j'incline de plus en plus à croire, et, si cette tendance devenait une réalisation, on comprendrait très bien que les cas de guérison ainsi que l'absence des lésions anatomo-pathologiques de la paralysie générale, consi-

dérées jusqu'ici comme constantes, ne sauraient plus alors être invoquées comme des objections irréfutables contre les pseudo-paralysies générales, qui cesseraient ainsi d'être considérées comme des pseudo-diagnostics, et prendraient même leur vrai nom, celui de paralysies générales. Penser anatomiquement, enchainer le symptôme à la lésion, rattacher la maladie à des désordres organiques ou systématiques est incontestablement la méthode scientifique par excellence, mais sous cette réserve de l'esprit, de ne jamais considérer comme un dogme, comme un article de foi, les recherches les plus légitimes, même les mieux établies, si celles-ci viennent à être contredites par d'autres également établies; il convient alors de rentrer dans le scepticisme observateur.

A notre avis, toutes ces pseudo-paralysies (alcoolique, saturnine, syphilitique, arthritique, toxique, etc.), quand il n'y a pas d'erreur de diagnostic résultant de l'interprétation erronée des symptômes, doivent être considérées comme des paralysies générales et cela même en l'absence des lésions caractéristiques de la paralysie générale, car pour nous ces lésions ne sont que des résultats anatomiques de désordres généraux de la nutrition, que l'expression localisée d'une altération générale de l'organisme.

Il est à remarquer que les délires qui ont été, ou sont le plus facilement confondus avec le délire aigu, sont des délires toxiques ou infectieux; il est à remarquer aussi — et c'est ce que nous avons déjà fait dans un précédent travail sur les paralysies générales par intoxication, — que les maladies qui produisent les soi-disant paralysies générales, sont également des maladies infectieuses, ou toxiques; pour réunir ces états en apparence disparates, il n'y a qu'un pas à faire, considérer le délire aigu comme une maladie toxique, et la paralysie générale comme l'expression d'une intoxication générale plus spécialement localisée dans le tissu cellulaire cérébro-spinal.

Dans cette hypothèse, il n'y aurait plus une paralysie générale unique; il n'y aurait plus des pseudo-paralysies générales; il y aurait des paralysies générales de causes variées, à marches variées, à formes variables, avec ou sans lésions anatomo-pathologiques et dans ces cas la paralysie générale alcoolique serait une des formes les plus fréquentes de la paralysie générale.

Les considérations qui précèdent sont déduites de l'observation de 135 cas ayant présenté le complexus symptômatique désigné sous le nom de paralysie générale.

Ces 135 cas comprennent 83 sujets décédés, 30 malades sortis ou guéris ou en rémission, 22 malades repris par leur famille ou transférés.

Les 83 décès nous ont fourni 68 autopsies. Sur les 68 autopsies 25 sujets n'avaient aucun antécédent alcoolique et ont présenté les lésions de la paralysie générale. Les 43 autres avaient des antécédents alcooliques plus ou moins prononcés.

Sur ces 43 cas à antécédents alcooliques, 14 fois nous avons trouvé réunies les lésions de la paralysie générale et des lésions viscérales imputables à l'alcoolisme plus ou moins anciennes. 21 fois nous avons trouvé les lésions de la paralysie générale sans traces de lésions alcooliques en dehors du système nerveux.

Dans 8 cas, malgré des recherches attentives jointes à l'investigation histologique il n'a été trouvé aucune des lésions caractéristiques de la paralysie générale, mais bien des altérations de nature alcoolique, soit dans les viscères, soit exclusivement dans les méninges. Pour ces 8 derniers cas, on pourra toujours facilement objecter que les recherches histologiques n'ont pas été suffisantes, mais nous ne pouvons discuter la valeur d'une pareille objection, car comment prouver en matière de paralysie générale que ces recherches ont été exactement faites.

Ce qui est au-dessus de la discussion c'est la forte proportion des alcooliques 43 cas sur 68 autopsies, 59 cas sur 83 décès, 24 cas sur les 30 malades sortis en période de rémission ou en apparence de guérison. En résumé 83 alcooliques sur 113 paratiques généraux.

Je dois ajouter que je n'ai jamais, quand j'ai pu être exactement renseigné, trouvé l'alcoolisme comme cause unique, je l'ai toujours trouvé associé à d'autres causes, et souvent à plusieurs autres causes réunies.

Dernier détail, je n'ai noté que 7 fois la syphilis sur les 135 cas, toujours aussi elle était associée à l'alcoolisme et, à l'exception d'un seul cas, les autres présentaient cet ensemble symptomatique résultant de l'association du mélange, de la combinaison des troubles de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. Toujours les symptômes ont apparu longtemps après la disparition des accidents syphilitiques. Aucun n'à guéri.

Nous nous résumons dans les conclusions suivantes :

1° Rien ne permet d'affirmer que la paralysie générale alcoolique n'existe pas.

2° C'est chez les alcooliques que la paralysie générale acquiert son maximum de fréquence. En cinq ans, nous avons trouvé 83 alcooliques avérés sur 135 cas de paralysie générale;

3° La forme spéciale de la paralysie générale alcoolique est déterminée par les symptômes de l'intoxication alcoolique;

4° La paralysie générale alcoolique nous a paru plus grave chez les grands buveurs, qui, avant le début des symptômes de la maladie, n'avaient jamais présenté de troubles cérébraux;

5° L'intoxication alcoolique peut produire tout le complexus symptomatique dénommé paralysie générale sans qu'à l'autopsie il y ait la lésion caractéristique de la paralysie générale, c'est-à-dire la sclérose cellulaire interstitielle, proliférante, diffuse;

6° Il n'y a pas de sclérose interstitielle proliférante diffuse sans paralysie générale, mais il peut y avoir paralysie générale sans cette lésion anatomique;

7° La théorie de l'intoxication que nous avons exposée à la Société médico-psychologique de Paris pour expliquer la paralysie générale, appliquée à l'intoxication alcoolique, permet de comprendre et de réunir dans un même ensemble tous les troubles cérébraux dus à l'alcool, depuis l'ivresse jusqu'à la démence paralytique ou non paralytique, les cas subaigus ou rapidement mortels, les cas d'incurabilité, les cas de rémission ou de guérison quelle que soit la forme cérébrale qu'ait revêtue l'alcoolisme. (*Applaudissements*).

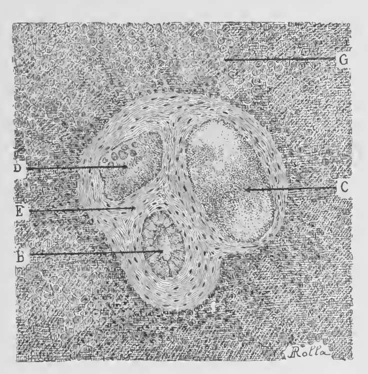
M. Mordret (du Mans). — Je ne puis souscrire à la proposition de M. Charpentier d'après laquelle il n'y aurait jamais de sclérose interstitielle diffuse sans paralysie générale ; j'ai observé un fait qui démontre nettement le contraire, mais j'avoue qu'il est exceptionnel.

M. Cadéac. — M. Meunier et moi nous avons cherché à attirer l'attention des cliniciens sur la tendance plus grande des liqueurs parfumées à produire de la *paralysie générale* que l'eau-de-vie simple. Nous nous basons sur des recherches expérimentales qui semblent faire croire que les boissons spiritueuses à base d'essences, produisent de la sclérose au lieu de déterminer de la stéatose, comme l'alcool simple. Cette action sclérogène s'exercerait aussi bien sur les enveloppes membraneuses du cerveau, que sur le foie et le rein. Nous citons, à l'appui, les lésions anato-

miques que nous avons trouvées à l'autopsie d'un jeune chien buveur de vulnéraire, mort après avoir absorbé, en plus de 3 mois, 25 litres de cet alcoolat aromatique.

Le foie de cet animal offre une coloration jaunâtre très prononcée; il est plus mou, plus facile à écraser que d'habitude; la vésicule biliaire est pleine, distendue; la surface du foie présente, çà et là, un léger piqueté rouge; ces points congestifs, entièrement réduits, sont disséminés sans ordre; ils témoignent d'une congestion ou d'une légère inflammation irrégulière de l'organe.

A l'examen microscopique des coupes du foie, on constate des thromboses de la veine porte, complètes ou incomplètes, récentes ou anciennes. Les thromboses récentes sont accompagnées d'une inflammation de la veine, d'une infiltration de la paroi vasculaire par des éléments embryonnaires : il y a à la fois périphlébite et endophlébite.



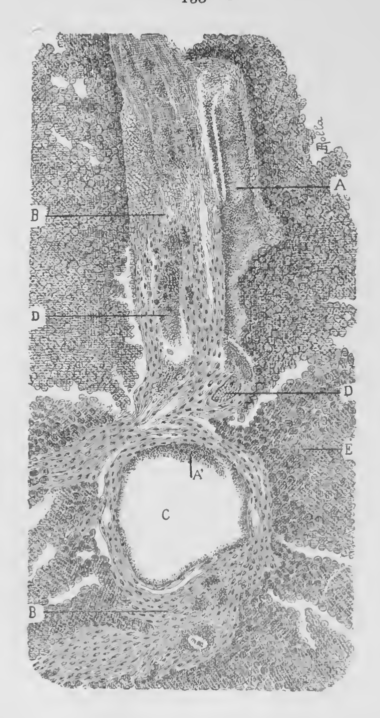
B. — Canal biliaire sclérosé; l'épithélium cubique est conservé.

E. — Tissu fibreux de nouvelle formation.

D. — Canal biliaire dont l'épithélium a subi la désintégration granuleuse.

C. — Caillot de la veine porte; la thrombose est déjà ancienne; la fibrine du sang a subi un commencement de transformation granuleuse; autour du vaisseau biliaire comme de la veine interlobulaire, le tissu fibreux est disposé en anneaux.

G. — Accumulation d'éléments embryonnaires dans des espaces limités; ailleurs, les cellules du foie sont légèrement tassées en raison de la congestion hépatique.



A. — Veine interlobulaire coupée longitudinalement et obstruée par un caillot foncé peu ancien.

C. — Veine porte volumineuse.

A' — Caillot adhérent à la paroi.

D. — Canal biliaire coupé transversalement.

D. — Canal biliaire, la section oblique de ce tube montre un épaississement extrême de ses parois: on le voit en B.

E. — Foyer de cellules embryonnaires produit par l'inflammation des petites veines extra-lobulaires.

B. — Le tissu de sclérose forme des bandes ou des amas qui occupent les espaces inter-lobulaires.

Les contours de la paroi vasculaire sont sinueux, irréguliers, mal délimités; des globules rouges finement tassés en indiquent les principaux détails.

Dans certaines coupes, les vaisseaux portes sont coupés obliquement ou longitudinalement et accusent tous les détails de thromboses anciennes. Le thrombus est constitué dans quelques unes par des globules rouges déformés, altérés, fragmentés, ou est converti en une masse granuleuse.

Dans quelques vaisseaux thrombosés, les altérations inflammatoires ont amené l'organisation du thrombus et l'oblitération du vaisseau.

Les veines sus-hépatiques présentent aussi parfois un peu d'irritation, mais ce phénomène est beaucoup moins prononcé qu'au niveau des veines portes. Les espaces de Kierman sont quelquefois entièrement remplis par une masse fibreuse qui enveloppe la veine porte et les canalicules biliaires. Ces derniers vaisseaux présentent habituellement des modifications inflammatoires prononcées; tous sont plus ou moins malades, et beaucoup sont obstrués par un tissu de sclérose; l'épithélium est souvent chargé de granulation brunâtres. En outre, on peut constater à un faible grossissement un grand nombre de taches rougeâtres disséminées dans toute l'étendue du foie. Elles ont une disposition circulaire, elles tranchent par l'intensité de leur coloration carminée sur la couleur jaunâtre des cellules hépatiques. La périphérie de ces taches semblent se confondre avec les cellules hépatiques légèrement refoulées.

Examinées à un plus fort grossissement, ces taches sont constituées par des éléments embryonnaires plus ou moins tassés ou accumulés d'une manière régulière, sous forme de deux ou trois cercles qui correspondent à des canalicules biliaires ou a des vaisseaux portes. Cette origine est révélée par la présence dans quelques unes de ces taches, de granulations provenant de la destruction du sang renfermé dans l'intérieur des vaisseaux. En résumé, ces foyers rougeâtres, circulaires, résultent à la fois d'une phlébite de la veine porte, d'une sclérose des canalicules biliaires et d'une infiltration des espaces portes, ce sont des *cirrhoses cellulaires annulaires*.

D'autres foyers beaucoup plus petits paraissent avoir une constitution plus simple, un vaisseau très réduit ou un canalicule biliaire est le seul centre de cette prolifération cellulaire.

Les cellules hépatiques ont commencé à subir le contre-coup

de ces troubles circulatoires ; elles sont allongées et effilées par la dilatation énorme des veines restées perméables ou du réseau capillaire qui les enserre ; leur protoplasma est devenu granuleux, et leur noyau a subi, dans beaucoup de points, une multiplication anormale ; la dégénérescence graisseuse fait ici défaut. Son



C. — Caillot granuleux et ancien de la veine porte.

B B. — Vaisseaux biliaires ; les uns sont intacts, les autres sont granuleux ; et les contours des cellules ont un aspect confus. Parfois, l'épithelium est fusionné et forme au centre un amas de granulations. Le nombre considérable de ces canalicules accuse une véritable néo-formation, une branche artérielle se montre épaisse et renferme un caillot de sang dégénéré.

HV. — Pyléphlébite caractérisée par l'obstruation des veines par des éléments embryonnaires ; on y observe tous les degrés de l'inflammation, depuis l'infiltration des parois veineuses jusqu'à la pénétration des éléments embryonnaires dans le caillot et l'oblitération définitive.

absence est significative; elle atteste que, dans cette intoxication spéciale, le processus n'est pas le même que dans l'intoxication alcoolique simple. En effet, dans toutes les expériences faites avec l'alcool, on a toujours vu chez le chien comme chez l'homme, ce produit déterminer une dégénérescence graisseuse du foie:

« Le foie devient le siège d'une dégénérescence graisseuse que nous avons vue déjà avancée au bout de deux mois d'empoisonnement alcoolique. Avec des doses toxiques un peu élevées, cet organe est généralement jaunâtre, parsemé de points plus foncés. Une coupe fine, placée sous le microscope, se montre légèrement opaque au niveau des points, plus jaunes et transparents dans les autres parties; les cellules, dans ces portions opaques, ont perdu leur forme; elles sont tuméfiées, arrondies et infiltrées de granulations et de gouttes de graisse. » (Magnan, *Archives de physiologie*, 1873).

Ainsi l'alcool détermine dans le foie des altérations différentes de celles que nous avons observées avec le vulnéraire.

Les reins présentent aussi des modifications spéciales qui accusent l'action particulière exercée par les essences.

Ces organes sont congestionnés; la substance médullaire offre surtout une coloration rouge intense; la capsule ne présente rien de particulier. A l'examen microscopique, on constate de la sclérose de tous les vaisseaux; la lumière est étroite, la paroi très épaissie par du tissu conjonctif fibreux disposé en foyers, et qui s'étend en nappes formant çà et là de véritables réseaux fibreux pénétrant dans l'épaisseur de la substance corticale.

Ces foyers de sclérose se rencontrent aussi bien dans les parties superficielles que dans les parties profondes, et témoignent partout de l'action irritante exercée par le vulnéraire sur les parois vasculaires.

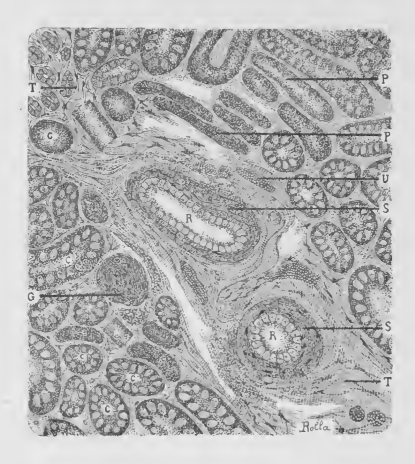
En dehors de cette sclérose annulaire, on peut observer des altérations de néphrite interstitielle et des altérations épithéliales, Dans la substance corticale, l'épithélium des tubes contournés est granuleux, tuméfié, et les cellules fusionnées oblitèrent souvent ces tubes ou forment des cylindres.

Les glomérules de Malpighi sont quelquefois en voie d'atrophie, ils sont ratatinés ; la capsule de Bowmann présente généralement des fragments de caillots en voie de désagrégation, attestant des hémorrhagies anciennes.

Le bouquet vasculaire lui-même, est le siège de sclérose; il est ratatiné dans certains glomérules; dans d'autres les parois vascu-

laires sont recouvertes d'éléments embryonnaires de nouvelle formation. Dans beaucoup de points, les tubes urinifères sont entièrement détruits et remplacés par du tissu fibreux embryonnaire qui se prolonge dans les interstices qui séparent les autres tubes où cette altération est moins avancée.

Dans la substance médullaire apparaissent des foyers de tissu embryonnaire au pourtour des tubes urinifères, formant des amas, ou disposés sous forme d'infiltration diffuse.



Coupe de la partie corticale du rein enflammée par la liqueur d'Arquebuse. Les cellules épitheliales des tubes contournés sont granuleuses, fusionnées ; les noyaux ont totalement disparu dans quelques tubes, PP, et l'épithélium est complètement désagrégé.

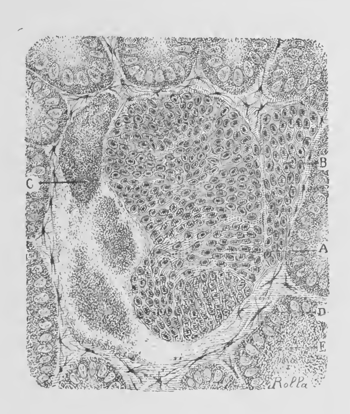
T. — Sclérose embryonnaire qui circonscrit entièrement les tubes minifères.

RR. — Artères dont l'aspect festonné de la lame élastique de la tunique moyenne est mal représenté ici, car on l'a figuré commue un épithélium. Dans beaucoup d'artères, on peut observer un commencement de prolifération du revêtement endothélial.

G. — Glomérule enflammé.

U. — Vaisseaux extasiés par suite de l'oblitération de quelques autres.

L'épithélium des tubes a proliféré et remplit le canal, on trouve aussi quelques tubes oblitérés dépourvus d'épithélium et remplis de granulations; d'antres ont disparu; c'est une néphrite épithéliale très intense.



A. — Glomérule de Malpighi. Les anses du bouquet glomérulaire sont légèrement épaissies.

B. — Cellules épithéliales de la capsule; elles ont proliféré et forment une sorte de cour entre la capsule et le bouquet glomérulaire.

C. — Caillot hémorragique ancien.

Les altérations pathologiques déterminées par l'eau d'arquebuse s'éloignent donc de celles qui résultent de l'intoxication alcoolique simple. Aux différences symptomatiques que nous avons établies, s'ajoutent les différences anatomiques. L'alcool produit la stéatose (Lanceraux-Magnan, etc.); le vulnéraire, d'après nos recherches, produit la cirrhose. Cette opposition d'effets va peut-être nous donner la clef des divergences des auteurs au sujet de la nature des altérations du foie déterminées par les boissons spiritueuses. Rappelons que pour les uns, il n'y a jamais évolution de cirrhose avec l'alcool simple ; pour les autres, l'alcool fait tantôt de la stéatose, tantôt de la cirrhose, de telle sorte que les lésions de

l'alcoolisme manquent de fixité et de spécificité. On peut trouver la raison de cette variabilité dans la diversité des liqueurs ingérées par l'alcoolique. S'il est avéré, comme le croit Lanceraux, que l'alcool ne détermine que la dégénérescence graisseuse, il faut bien reconnaître que le clinicien n'a pas souvent l'occasion d'examiner les lésions de cet alcoolisme simple, car il est rare de trouver un alcoolique de nos jours qui ne s'empoisonne pas de temps à autre, irrégulièrement, avec des liqueurs parfumées, tout en gardant une préférence marquée pour l'eau-de-vie de vin.

L'observation clinique est ici trop imparfaite pour assigner à chaque lésion son origine véritable.

L'expérimentation physiologique peut seule permettre de rapporter indiscutablement au produit ingéré les lésions trouvées. Or, le chien soumis à l'intoxication chronique par le vulnéraire met en évidence le rôle sclérogène des essences qui s'y trouvent renfermées. Nous croyons que ce sont elles qui différencient les intoxiqués avec l'alcool de ceux qui s'intoxiquent avec le vin et avec les autres produits aromatiques. En faisant ingérer des essences pures, nous avons pu, comme on l'a vu plus haut, mettre en évidence l'activité sclérogène de ces produits : le foie et le rein ont dans l'intoxication par les huiles essentielles comme dans l'alcoolisme chronique, manifesté ces troubles inflammatoires. En faisant ingérer à un chien la liqueur d'Arquebuse, si riche en essences, on retrouve dans ces mêmes organes l'activité irritative qui leur est propre. Toutes les liqueurs très aromatiques se comportent probablement de même. Déjà, dans l'intoxication chronique par la liqueur d'absinthe, M. Pupier a relevé des lésions scléreuses du foie :

« Le foie dur, résistant, parait diminué de volume ; il y a inégalité sur les deux faces, nombreuses dépressions blanchâtres ; les parties intermédiaires d'un rouge brun. Au microscope, dilatation considérable des vaisseaux remplis de granulations qui répondent à la périphérie des lobules, compression et dégénérescence extrême des cellules hépatiques. »

Les altérations du rein sont de même ordre et ont la même origine que celles du foie ; elles relèvent de la sclérose vasculaire systématique qui, partielle et limitée d'abord aux vaisseaux les plus importants, s'est propagée, diffusée dans toute la substance du rein et s'est compliquée d'altérations et de destructions épithéliales des tubes urinifères.

Ainsi, dans les reins comme dans le foie, la sclérose demeure

la marque particulière de l'intoxication chronique par le vulnéraire. Les altérations de l'alcool pur et celles du vulnéraire restent différenciées.

« Les reins, comme le foie, dit Magnan, subissent chez les animaux soumis à l'action prolongée de l'alcool, un commencement de dégénérescence graisseuse ; la surface reste lisse et unie ; la substance corticale et ses prolongements offrent une teinte jaunâtre plus ou moins accusée avec de petites striations plus jaunes ; au microscope, on voit les tubuli légèrement tuméfiés, un peu troubles, remplis d'épithélium granulo-graisseux. »

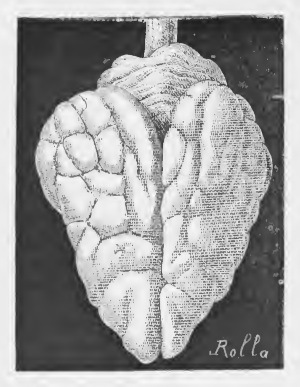
« Pour nous résumer, dit M. Pupier, il nous a semblé que l'absinthe portait sa lésion primitive sur le stroma sans toutefois produire du tissu connectif normal ou la sclérose des parois vasculaires. Cette néoplasie extrême n'a pas été confirmée dans l'intoxication chronique par les liqueurs. Quant au vin rouge et au vin blanc, à l'alcool, leurs lésions se produisent plutôt dans le plasma et le parenchyme hépatique. »

Le processus de l'intoxication chronique par la liqueur d'absinthe et par le vulnéraire tendent donc au même résultat : la formation d'un tissu de sclérose. L'action des essences a ainsi une caractéristique physiologique. L'ingestion prolongée de ces principes aromatiques associés à l'alcool, comme dans les liqueurs, se trahit par la cirrhose du foie ou par des altérations inflammatoires qui se résument dans une végétation conjonctive. Nous ne croyons pas que par l'action prolongée ou continue d'alcool privé d'aromates, d'aldéhydes ou d'éthers aromatiques, le foie, le rein, les centres nerveux deviennent plus tard le siège d'une irritation plus ou moins intense et plus tard d'une sclérose ; nous ne croyons pas davantage qu'une liqueur riche en huiles essentielles aboutisse jamais à cette simple dégénérescence graisseuse que Magnan a observée chez le chien avec une pureté absolue dans l'intoxication alcoolique simple.

Les essences doivent irrévocablement imprimer aux tissus qu'elles touchent des modifications spéciales. La cirrhose déterminée par le vin est probablement aussi sous la dépendance du bouquet ou des parfums qui s'y sont développés ou qui y ont été introduits.

Le *cerveau* est pâle, anémié, affaissé, les circonvolutions cérébrales sont moins brillantes (*fig. 1*). La masse encéphalique paraît diminuée et sa consistance amoindrie, surtout à la surface. Mais les lésions les plus remarquables sont celles qui siègent

dans les méninges. La dure-mère est épaissie et des néomembranes se sont développées à sa face interne, formant des sortes de poches remplies d'une sérosité sanguinolente. L'ara-



Pâleur du cerveau du chien mort d'intoxication chronique par l'eau d'Arbuebuse.



Etat congestif du cerveau du chien après l'ingestion des essences contenues dans le vulnéraire.

chnoïde et la pie-mère présentent aussi de l'épaississement et, si l'on cherche à soulever cette dernière membrane, on constate, comme dans la paralysie générale, des adhérences intimes avec la substance grise du cerveau. Ces adhérences existent au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et sont appliquées de telle sorte que si l'on essaie d'arracher la méninge, une parcelle de cerveau est entraînée avec elle.

Ces altérations générales, de nature essentiellement inflammatoire, font ressortir le rôle sclérogène du vulnéraire et sa tendance spéciale à produire quelques-unes des lésions de la paralysie générale, plus facilement que l'alcool simple.

Les essences sont l'origine de cette différenciation, les produits ingérés isolément amènent, très rapidement, une congestion (*fig. 2*) de tous les vaisseaux méningés cérébraux, cérébelleux et bulbaires et, à la longue, de la sclérose interstitielle.

M. Ladame. — Messieurs, En prenant la parole, permettez-moi d'abord de vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu faire à ma patrie en me nommant vice-président, comme représentant des médecins aliénistes suisses que vous avez invités à venir dans vos Congrès, et qui suivent avec intérêt et sympathie vos discussions et vos travaux.

Au point de vue de la question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il se poursuit actuellement en Suisse une expérience intéressante, qui ne manque pas d'une certaine importance. Vous savez que, le 25 octobre 1885, la grande majorité du peuple suisse votait une révision de la Constitution fédérale, autorisant les Chambres à prendre des mesures législatives sur la consommation des boissons alcooliques. Le 17 mai 1887 le peuple acceptait la loi sur le monopole fédéral de ces boissons. Or, en comparant les chiffres des cas d'alcoolisme et de paralysie générale admis à l'hôpital cantonal de Genève et à l'asile des aliénés, on remarque une différence sensible entre le nombre des alcooliques admis avant ou après l'établissement du monopole, tandis que les chiffres correspondants des paralytiques généraux n'ont pas été influencés d'une manière appréciable par cette loi. C'est ce que prouve le tableau suivant :

	ALCOOLISME			PARALYSIE GÉNÉRALE		
	Chiffres annuels des admissions		à l'hôpital cantonal			à l'asile des aliénés
Avant la loi sur le monopole	1882...	98	Moyenne annuelle 83.4	17	Moyenne annuelle dans les deux établissements 15.1	5 sur 200 malades
	1883....	78		11		10 » 234 »
	1884....	96		5		7 » 229 »
	1885....	75		0		6 » 219 »
	1886....	70		6		10 » 239 »
Après la mise en vigueur de la loi	1887 ...	57	Ibid. 53.2	7	Ibid. 14.02	5 » 257 »
	1888....	51		4		5 » 235 »
	1889....	53		9		11 » 227 »
	1890....	52		8		8 » 216 »

A partir de 1887 le chiffre des alcooliques baisse notablement pour ne plus se relever, tandis que celui des paralytiques généraux ne varie pas sensiblement.

Je ne tirerai point de conclusion définitive de ces chiffres. Il faut laisser l'expérience se poursuivre plus longtemps, afin qu'on puisse comparer un plus grand nombre d'années. Il n'en est pas moins vrai que ces résultats, même provisoires, viennent à l'appui de ceux qui considèrent l'alcoolisme comme une cause tout à fait secondaire de la paralysie générale. D'après mon expérience personnelle ce n'est pas l'alcoolisme qui joue le premier rôle dans l'étiologie de la paralysie générale, mais bien plutôt la syphilis. Depuis que je recherche avec soin cette affection dans les antécédents des paralytiques généraux je la trouve dans la très grande majorité des cas et, si l'alcoolisme vient à se joindre à la syphilis, le tableau clinique de la maladie en est habituellement modifié de telle manière que l'on peut reconnaître les symptômes surajoutés qui appartiennent à l'alcoolisme et troublent le type classique de la péri-encéphalite diffuse. Je n'entrerai pas maintenant dans une discussion approfondie de cette question qui n'a pu être qu'effleurée aujourd'hui, et je terminerai en apportant aussi à M. le Dr Rousset mes félicitations pour la manière dont il a traité ce sujet dans son très intéressant rapport. (*Applaudissements*).

M. Camuset. — Messieurs, Je n'ai pas la prétention d'apporter de bien nouveaux éléments à la question de la valeur étiologique de l'alcoolisme dans la paralysie générale, et, si j'ai l'honneur de vous prier de m'accorder quelques courts instants d'attention, c'est seulement parce que je voudrais exposer certaines remarques à propos du savant rapport de notre collègue, M. le Dr Rousset.

Tout d'abord, ce rapport est complet. Je ne relève qu'un seul oubli, peut être volontaire. Il n'est nulle part fait mention de la *manie*, de la *folie congestive*, alors cependant que la pseudo-paralysie générale est assez longuement discutée. Je reviendrai sur ce point.

Mais la caractéristique du rapport de M. Rousset, c'est l'impartialité. Toutes les opinions sont simplement exposées les unes à la suite des autres, avec les arguments propres à leurs défenseurs, et les conclusions se maintiennent dans une réserve prudente. — Tout en laissant ainsi la question à résoudre, M. Rousset n'en expose pas moins son appréciation personnelle sur le sujet, appréciation basée sur une série d'observations inédites.

Pour lui, le rôle de l'alcoolisme, dans l'étiologie de la paralysie générale, est subordonné à une prédisposition spéciale, et cette

prédisposition peut être, suivant les sujets, « cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique », ce dernier cas ne se présentant que très rarement.

Je me rallierais volontiers à cette conclusion, mais en la modifiant un peu. La prédisposition à la paralysie générale ne me paraît pas constituée par des facteurs aussi disparates. Il semble plus conforme à l'observation clinique de n'admettre comme cause prédisposante de la péri-encéphalite diffuse que ce que l'on appelle le *tempérament congestif*. Le tempérament congestif étant souvent un stigmate de l'arthritisme, l'arthritisme lui-même devient cause prédisposante de la paralysie générale.

Quant à la prédisposition vésanique, sans suivre les auteurs qui la jugent incompatible avec le développement de la paralysie générale, je crois qu'elle influence seulement la durée et le mode d'évolution de cette maladie. L'observation démontre, en effet, que les cas de paralysie générale à longue durée et à rémissions multiples s'observent particulièrement chez les héréditaires vésaniques.

Il faut du reste le reconnaître, la cause primordiale de la paralysie générale est toujours à discuter, et l'accord est loin d'être parfait sur cette question. Mais à ne considérer que les causes occasionnelles, déterminantes de cette affection, l'excellent historique de M. Rousset suffit bien pour faire voir que cette opinion, qui fait de l'alcoolisme un facteur étiologique déterminant puissant, est celle qui compte le plus grand nombre de partisans.

Il est certain qu'au début les médecins ont attribué un rôle trop considérable à l'alcool dans le développement de la paralysie générale, mais à mesure que la clinique s'est enrichie d'observations nouvelles, à mesure aussi que l'alcoolisme chronique a été mieux connu, ce rôle a perdu de son importance exagérée. On est, je crois, arrivé au point exact en plaçant les excès de boisson à la tête de la liste des causes déterminantes. Quant à ne pas les faire figurer du tout sur cette liste, c'est une grave erreur.

Parmi ceux qui n'attribuent aucune valeur à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, les uns pensent que l'abus des boissons alcooliques ne peut provoquer qu'un état morbide analogue, au point de vue des symptômes, à la méningo-encéphalite diffuse, mais qui en diffère essentiellement, et par les lésions anatomiques, et par l'évolution clinique; c'est la pseudo-paralysie générale alcoolique. Les autres, laissant de côté toute considéra-

tion théorique, basent simplement leur opinion sur la statistique, et il faut le bien noter, sur la statistique établie dans les services hospitaliers, dans les asiles d'aliénés.

Examinons donc ces deux systèmes d'argumentation, et voyons s'ils ont réellement la valeur que leurs partisans leur attribuent. D'abord les conclusions tirées des statistiques :

Etant donné un certain nombre de paralytiques généraux, si l'on établit par un simple calcul la proportion de ceux d'entre eux qui ont des antécédents alcooliques, il semble logique, si cette proportion est peu élevée, d'en déduire que l'alcoolisme est sans influence sur le développement de la paralysie générale. Mais la recherche de cette proportion si simple, sur les malades d'un asile d'aliénés, est chose absolument impossible. La preuve en est dans les résultats si différents auxquels sont arrivés les divers observateurs qui ont tenté cette recherche. — On l'a dit souvent, M. Rousset le répète encore dans son rapport, nous l'avons tous constaté par nous-mêmes, rien n'est si difficile que d'arriver à établir les antécédents véritables de nos malades dans les asiles. Il serait superflu d'en énumérer ici les raisons, tous nous les connaissons, et je ne crois pas devoir rencontrer de contradicteur en avançant que de telles statistiques, basées ainsi sur les anamnestiques, peuvent conduire à certaines suppositions plus ou moins plausibles, mais qu'elles ne peuvent jamais conduire à aucune donnée scientifique rigoureusement déduite.

Si au lieu de faire porter les recherches statistiques sur tous les malades d'un service, on ne considérait seulement que ceux dont les anamnestiques sont connus d'une façon sérieuse, on n'aurait qu'une statistique très faible, mais au moins les chiffres, si faibles qu'ils fussent, en seraient exacts. De telles statistiques, à éléments trop peu importants pour qu'il soit permis de conclure, pourraient s'ajouter à d'autres statistiques analogues faites par d'autres observateurs. On comprend qu'on finirait par arriver ainsi à des chiffres assez élevés pour qu'il devienne à un moment donné, très licite d'établir des conclusions. A ma connaissance un tel travail d'ensemble n'a pas encore été entrepris. On persiste toujours à mettre en ligne de compte tous les paralytiques généraux qui passent dans un service, et l'on rend ainsi toute conclusion sans valeur.

A la vérité, des recherches comme celles que nous indiquons sont bien un peu poursuivies par nombre d'entre nous. C'est

plutôt en dehors de nos services hospitaliers que nous trouvons nos sujets, et ce n'est qu'exceptionnellement que nous faisons figurer dans nos tableaux particuliers quelques paralytiques de notre service, sur les antécédents desquels nous avons la certitude d'être réellement bien renseignés. Ces tableaux, nous ne les publions pas, mais ils nous servent à étayer notre opinion personnelle; et c'est pourquoi la majorité des aliénistes croit à l'influence de l'alcool dans le développement de la péri-encéphalite diffuse.

En ne tenant compte, messieurs, que des paralytiques généraux que vous connaissiez dès avant leur maladie, en ne tenant compte que de ceux que vous avez peut-être suivis dans la vie, ne trouvez vous pas que chez le plus grand nombre d'entre eux, les accès bachiques ont contribué, pour leur part, au développement de la terrible affection ? Pour moi, la réponse est affirmative, je pense qu'elle l'est aussi pour vous.

De telles considérations n'ont pas de caractère réellement scientifique, aussi je ne les présente que pour ce qu'elles valent. Elles me semblent encore supérieures à celles qui résultent de certaines statistiques longuement et patiemmment établies cependant, mais prises dans de grands services' hospitaliers. Ainsi étudions la thèse du regretté docteur Millet, elle est citée par M. Rousset. Son auteur, tout jeune encore, comptait déjà de beaux succès quand une mort prématurée l'enleva à la science.

Millet arrive à trouver 37 0/0 de paralytiques généraux à antécédents alcooliques, alors qu'il trouve 53 0/0 d'aliénés ordinaires ayant les mêmes antécédents. Sa conclusion est que les excès de boissons ne sont pas ordinairement la cause du développement de la paralysie générale. Mais il observait dans les Asiles de la Seine, à l'asile de Vaucluse, Or, dans les services d'aliénés hommes de la Seine, on peut à peu près diviser les malades de la façon suivante : 1/3 de paralytiques généraux, 1/3 d'alcooliqnes délirants et 1/3 de vésaniques simples. Et même les vésaniques simples arrivent tout au plus à constituer ce tiers de population que nous leur accordons. Ce sont ces proportions que j'ai toujours notées moi-même pendant cinq ans passés à Vaucluse.

Un bon tiers de malades est donc atteint du délire alcoolique. Il serait logique de le mettre à part et de ne pas le compter dans la statistique comparative. Il est bien certain que l'alcool produit, *ipso facto*, de la folie alcoolique, mais il produit aussi d'autres maladies mentales, et puisque c'est justement l'influence exercée

par ce poison dans l'étiologie de ces autres maladies mentales qu'on recherche, il ne faut pas s'occuper du tout des délirants alcooliques. Les proportions fournies par Millet ne sont donc pas exactes, son résultat 53 0/0 d'aliénés non paralytiques, à antécédents alcooliques, est trop fort du nombre précisément des délirants alcooliques. Ce nombre est important puisque l'on a vu qu'il représentait un bon tiers de la population totale des services d'hommes.

On voit combien il est facile de critiquer la statistique de Millet. Toutes les statistiques analogues sont susceptibles de critiques analogues. Mais en dehors des reproches que l'on peut faire à la méthode de Millet, il en est d'autres bien plus importantes encore et qui s'adressent, on le sait, à toutes les statistiques faites dans de grands services d'aliénés, et dont l'objectif est de résoudre certains problèmes d'étiologie.

Il y a certainement des questions cliniques justiciables de la statistique, ce sont celles qui ont trait à des incidents ou à des phénomènes cliniques tangibles et visibles dans les salles mêmes. Le médecin les constate, il les observe et les étudie lui-même, et il arrive à se faire une opinion certaine; mais du moment qu'il s'agit d'incidents ou de phénomènes antérieurs à l'entrée des malades, le médecin ne peut acquérir que des présomptions, et des calculs basés sur des présomptions ne peuvent conduire qu'à des hypothèses fantaisistes. Chaque observateur même, avec de la patience et un peu d'ingéniosité, pourra arriver à conclure, non selon des faits réels, mais selon une idée préconçue.

Les arguments en faveur de la non influence de l'alcoolisme dans le développement de la paralysie générale, tirés des statistiques, n'ont donc pas la valeur que de prime abord on est tenté de leur accorder. Voyons maintenant si ce que l'on sait de l'état morbide désigné sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique peut aider à résoudre le problème qui nous occupe.

La question des pseudo-paralysies générales est toujours discutée, cependant, comme le dit fort bien M. Rousset : « On rencontre souvent des syndrômes qui rappellent par quelques traits celui de la paralysie générale, mais qu'on peut, au prix d'un examen attentif, rattacher à la syphilis, au saturnisme et notamment à l'alcoolisme, grâce à la recherche des signes propres à ces diverses maladies. Eh bien, tout est là. Ces états morbides, qui ressemblent ainsi à la paralysie générale, sont ce que l'on appelle des pseudo-paralysies générales ; et quand il s'agit en particulier

de la pseudo-paralysie générale alcoolique, la resssemblance avec la périencéphalite diffuse est si grande parfois, que le diagnostic immédiat est impossible et l'erreur fatale. Souvent, en effet, l'intoxication alcoolique ne se manifeste chez les sujets par aucun stigmate appréciable.

Cette appellation de pseudo-paralysie générale, que l'on critique, semble, au contraire, la meilleure qu'on puisse employer. Elle ne préjuge en rien de la nature de l'état morbide considéré. Dire fausse paralysie générale, c'est simplement dire qu'il n'y a pas une vraie paralysie générale, mais qu'il y a un état pathologique qui lui ressemble, quant à ses symptômes du moment. — L'expression « faux croup », employée pour désigner certain spasme de la glotte, n'a jamais été jugée sévèrement, je crois.

M. Rousset m'ayant fait l'honneur de me citer à propos des pseudo-paralysies générales, j'en profite pour répéter ce que j'ai écrit, à savoir que la pseudo-paralysie générale alcoolique est une simple curiosité clinique, et non une forme morbide, une entité nosologique.

Ainsi comprise, cette question des pseudo-paralysies générales ne devrait donner lieu à aucune controverse, mais elle devient au contraire difficile lorsqu'on recherche la nature de ces états morbides et leurs relations avec la paralysie générale vraie.

Baillarger, pendant toute sa vie, a défendu la théorie dualiste de la paralysie générale, comme il l'appelait. Il existe une *démence paralytique*, constituée par une démence *sui generis* et par des symptômes physiques particuliers. C'est là l'entité pure. — A cette démence paralytique se surajoute habituellement une folie spéciale, la *folie paralytique* ou *folie congestive*, sorte de manie à caractères cliniques très tranchés.

Or, cette folie paralytique, que l'on désigne ordinairement sous le nom de *manie congestive*, et qui accompagne si souvent la démence paralytique peut aussi exister seule. On a alors le tableau clinique de la paralysie générale, signes psychiques et physiques, sauf la démence. — Dans ces cas, la manie congestive guérit souvent, mais elle peut récidiver. Elle peut aussi se terminer, comme les manies ordinaires, par la démence, mais non pas par la démence vésanique ordinaire, quoique le fait ait été observé, mais très exceptionnellement, la règle est qu'elle se termine par la démence paralytique,

Telle est l'esquisse de la théorie dualiste de Baillarger qu'il est inutile de développer plus longuement. Cette partie de l'œuvre de

notre illustre maître est bien connue de tous les aliénistes. Notons seulement que Baillarger expliquait toutes les pseudo-paralysies générales en faisant intervenir la manie congestive qui vient, à un moment donné, compliquer, soit des intoxications chroniques, soit des affections diathésiques. Et c'est ainsi qu'on comprend que la pseudo-paralysie générale alcoolïque peut guérir définitivement, récidiver une ou plusieurs fois, et parfois aussi se transformer en paralysie générale vraie.

Tout le monde ne s'est pas encore rallié à la théorie de Baillarger. Mais il est certain que les données classiques actuelles sur la paralysie générale laissent subsister bien des desidérata et que l'observation clinique attentive démontre tous les jours que nos connaissances sur ce sujet sont loin d'être complêtes. D'ores et déjà la théorie de Baillarger explique nombre de circonstances cliniques qui, sans elle, restent obscures.

Mais ce serait sortir de notre sujet que de discuter la nature de la paralysie générale. Je voudrais seulement rappeler qu'tl existe un état morbide à réaction symptômatique très caractéristique, et qu'on appelle *manie congestive.* — Cette forme clinique n'est niée par personne, mais chaque auteur lui accorde un rang nosologique différent, selon ses tendances théoriques personnelles.

Elle est caractérisée par de l'excitation intellectuelle avec des idées de grandeur multiples, variables, incohérentes, souvent absurdes, et parfois seulement par de l'excitation avec optimisme. Les malades sont toujours en mouvement, ils sont loquaces, font des projets irréalisables, etc. Cet accès maniaque s'établit toujours rapidement.

C'est, en somme, un tableau clinique analogue à celui offert par la paralysie générale à forme expansive à son début. Aussi, quand on voit un tel accès maniaque se développer chez un homme adulte, on appréhende fort un début de paralysie générale. Souvent, la crainte est fondée et le temps le démontre, mais il n'est pas rare non plus qu'un tel accès maniaque se guérisse progressivement sans laisser de trace. Baillarger en a publié de nombreuses observations. A. Foville également. Ce dernier auteur a décrit spécialement la manie congestive, et se ralliant, ou à peu près, à la théorie dualiste de Baillarger, il admettait qu'elle se terminait parfois par la périencéphalite diffuse après une ou plusieurs attaques. On sait aussi que pour beaucoup d'aliénistes cette manie congestive est réellement un début de

paralysie générale. Actuellement enfin, on tend à la rapprocher des folies dites héréditaires.

Quoi qu'il en soit, tous les médecins en rencontrent des cas plus ou moins nombreux, selon les milieux où ils observent. Et si, sans s'occuper de théorie, sans rechercher si un tel état se rattache directement à la paralysie générale, ou s'il se manifeste plutôt chez les dégénérés héréditaires, ou si, enfin, il constitue l'élément d'une pseudo-paralysie générale, ou s'en tenant, enfin, aux seules considérations cliniques, on pense de suite, quand on le constate, à l'éclosion possible d'une paralysie générale, dans un délai quelconque.

Or, parmi les causes de la manie congestive, on s'accorde à placer d'abord une prédisposition spéciale, puis ensuite les excès de toutes sortes, en particulier les excès de boissons.

Il en résulte donc que, quelle que soit l'opinion qu'on professe sur la nature des états morbides appelés pseudo-paralysies générales et manie congestive, ces états morbides ne peuvent que militer en faveur de l'influence étiologique de l'alcoolisme dans la péri-encéphalite diffuse. Ceux qui font de la pseudo-paralysie générale alcoolique une période prodromique ou de début de la paralysie générale, admettent nécessairement l'influence de l'alcool dans le développement de cette dernière affection. Entre parenthèse, cette opinion semble bien être celle de M. Rousset. Et ceux qui en font une entité en quelque sorte indépendante, reconnaissent pourtant d'une part, que cette folie spéciale est le plus souvent causée par l'alcool, et d'autre part, qu'elle a une grande parenté avec la paralysie générale.

L'objection tirée de l'existence de la pseudo-paralysie alcoolique, je le répète encore, est un excellent argument en faveur de notre thèse, à savoir que l'alcoolisme compte parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale.

Les objections présentées par les adversaires de cette thèse, celles tirées des statistiques, et celles tirées de l'existence de la pseudo-paralysie alcoolique, sont quand on les examine avec soin, sans valeur. L'opinion ancienne, celle qui attribue à l'alcoolisme un rôle étiologique important dans la péri-encéphalite diffuse, persiste toujours. Et elle s'accorde très bien, on l'a remarqué depuis longtemps, avec ce que nous savons de l'action de l'alcool sur l'organisme.

La paralysie générale, d'après les travaux modernes, est une sclérose interstitielle des centres nerveux céphaliques, à laquelle

s'ajoute aussi parfois la sclérose de la moelle épinière. Or, l'intoxication chronique par l'alcool provoque des scléroses interstitielles, ainsi la sclérose du foie, du rein, etc.., et l'intoxication aigüe produit des congestions cérébrales, lesquelles souvent répétées peuvent devenir le point de départ également de la sclérose interstitielle du cerveau (1).

Mais pour produire ainsi la sclérose interstitielle du cerveau, l'alcool doit agir sur un terrain spécial; et nous retrouvons ici la question controversée de la cause prédisposante, de la cause primordiale de la paralysie générale.

M. Magnan et ses élèves ont démontré, à l'aide d'observations qui paraissent concluantes, que des sujets exempts de toute tare cérébrale, pouvaient, par le fait seul de l'intoxication alcoolique, arriver à la paralysie générale en passant par l'alcoolisme chronique. Pendant un certain moment de l'évolution pathologique, le médecin ne sait s'il a affaire à l'alcoolisme chronique ou à la paralysie générale. Mais petit à petit, cette dernière s'établit et devient de plus en plus en plus évidente. Le diagnostic n'est plus douteux et, à l'autopsie, on constate toutes les lésions de la méningo-encéphalite diffuse.

Les cas de ce genre, que M. Rousset admet dans son rapport, sont assez rares. Presque toujours il existe chez les candidats à la paralysie générale une prédisposition absolument étrangère à l'intoxication alcoolique. On doit le plus souvent, pensons-nous, avec Lunier, et M. Doutrebente, la rechercher dans le tempérament congestif, héréditaire ordinairement, parfois acquis. L'arthritisme devient ainsi cause prédisposante de la paralysie générale.

Cette façon de voir a été, on le sait, principalement soutenue par Lunier et par M. Doutrebente et plus récemment par M. le professeur Lemoine, au Congrès de médecine mentale de Paris de

(1) MM. Pierret et Joffroy viennent de combattre cette donnée. Pour eux, dans la paralysie générale, les cellules nerveuses sont d'abord atteintes par le processus pathologique, la névroglie ne se sclérose que consécutivement.

Que ces savants confrères me permettent de leur faire observer qu'ils n'ont pas apporté de preuves à l'appui de leur hypothèse, et aussi de leur rappeler que le professeur Charcot, leur maître, enseigne que parfois, dans la paralysie générale, les signes physiques précèdent la démence, ce qui ne serait pas possible, semble-t-il, si les cellules étaient atteintes en premier lieu. Les symptômes psychiques devraient toujours alors se montrer avant les symptômes physiques.

1889. — Mais cette idée remonte à une époque plus éloignée qu'on ne le pense généralement, elle a été émise pour le première fois en 1862, par M. le Dr A. Contesse, ancien interne des hôpitaux, élève de Marcé, dans sa thèse : « *Etude de l'alcoolisme et de l'étiologie de la paralysie générale* ». Permettez-moi de citer le texte original : « l'Etude des causes de la paralysie générale nous a fait découvrir l'influence de la diathèse rhumatismale dans la production de cette terrible maladie ; et ce fait, s'il est confirmé par de nouvelles observations, nous semble devoir jeter un nouveau jour sur l'histoire déjà si étendue de la diathèse rhumatismale, et être fécond en résultats pratiques »

Je finis, Messieurs, en résumant ainsi tout ce que je viens de dire :

L'alcoolisme me semble constituer une des principales causes occasionnelles de la paralysie générale (*Applaudissements*).

M. le Président. — Plusieurs orateurs devant prendre encore la parole sur cette question, et l'heure étant déjà avancée, je propose de renvoyer la discussion à demain matin 9 heures (*adopté*).

La séance est levée à 5 heures.

Séance du mardi matin 4 août 1891.

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU

SOMMAIRE. — Suite de la discussion sur *le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.* — Paralysies et pseudo-paralysies générales par M. Mordret. — Discussion : MM. Joffroy, Magnan, Pierret et Gilbert Ballet. — Clôture de la discussion. — Ouverture de la discussion sur la 2e question. (*Responsabilité et séquestration des aliénés persécuteurs*), par M. Coutagne. — Discussion : M. Charpentier.

A 9 heures précises, la seconde séance du Congrès est ouverte.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne la parole à M. Mordret pour la continuation de la discussion sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

PARALYSIES ET PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES

M. MORDRET. — Les pseudo-paralysies générales sont-elles des entités morbides réellement distinctes de la maladie de Bayle ?

La réponse est affirmative pour presque tous et pour beaucoup, en douter même est une hérésie. Il m'a pourtant semblé que cette question n'était pas encore si définitivement résolue que son examen ne pût présenter quelque intérêt. J'ai compris, en le tentant, combien je m'aventurais, à quelles critiques j'allais m'exposer, mais je me suis senti raffermi en relisant les derniers travaux de M. Baillarger, de cet aliéniste éminent, savant si consciencieux, dont la perte encore récente se fera longtemps sentir à notre science. J'y ai cru trouver quelques vues, quelques idées dont le développement conduirait à la suppression nosographique des pseudo-paralysies générales.

Proposée d'abord par Delasiauve, qui ne sut pas la faire accepter, l'expression de pseudo-paralysie générale a été reprise par M. le professeur Fournier en 1879 et a fait rapidement son chemin. Appliquée exclusivement par lui aux cas où une encéphalopathie de cause syphilitique reproduit plus ou moins le complexus symptomatique de la péri-encéphalite diffuse, cette expression s'est bientôt étendue à tous les groupes morbides d'origine diathésique ou toxique dans lesquels peut se rencontrer ce complexus. De sorte qu'on a aujourd'hui des pseudo-paralysies syphilitiques, alcooliques, saturnines, pellagreuses etc., que demain, il y en aura de diabétiques, d'arthritiques, de goutteuses, de tuberculeuses, etc. M. Charpentier, si je ne me trompe, a déjà même tenté de faire admettre quelques-unes de celles-ci. (*Société médico-psychologique*, du 30 juin 1890). L'existence de ces états morbides, simulant la paralysie générale, avait déjà frappé l'attention de Lasègue qui avait proposé pour eux le nom d'états *paralysoïdes*.

Il ne saurait entrer dans le plan de ce court travail de faire un exposé critique même sommaire des phases déjà nombreuses par lesquelles a passé la question de la paralysie générale. Je me borne à rappeler la phrase restée célèbre que M. J. Falret a prononcée en 1877 à la *Société médico-psychologique* : « Dans cette maladie, tout est à refaire. » — Depuis on s'est mis à l'œuvre, les travaux se sont succédés, les observations se sont multipliées, et sous la forte impulsion de M. Baillarger, la théorie dualiste s'est peu à peu substituée à la théorie unitaire. On sait que pour lui et pour l'école actuelle dont il est le chef incontesté, deux éléments s'unissent pour constituer la paralysie générale ; l'un essentiellement somatique, c'est un ramollissement, une dégénérescence corticale déterminant toujours ce qu'il a si justement appelé des troubles *d'abolition fonctionnelle*, troubles irréductibles par conséquent et qui se traduisent par des signes de paralysie motrice et de démence. Le second élément est plutôt mécanique, il résulte d'un état défectueux, mais transitoire, de la circulation méningo-corticale (hyperhémie ou ischiémie) et ne donne lieu qu'à des troubles de *perversion fonctionnelle* pouvant être passagers comme leur cause. C'est à ceux-ci que correspond sa folie congestive à laquelle, dans son grand travail de 1887, il donna le nom plus général et mieux approprié de folie paralytique, folie *Cum materia*, dit-il, pour bien marquer qu'elle doit cependant être distinguée des psychoses simples, car une poussée vaso-motrice, si faible et si courte qu'elle puisse être, est encore un somatisme

pendant qu'elle dure. Chacun de ces deux éléments donne lieu à une affection distincte qui, l'une et l'autre, sont le plus souvent liées intimement dans le grand syndrôme de la paralysie générale, mais qui peuvent aussi évoluer séparément. — On sent qu'il ne faut pas presser beaucoup cette doctrine pour en déduire que les pseudo-paralysies ne sont autre chose que la folie paralytique de M. Baillarger et c'est à cette conclusion qu'il n'a pas tardé lui-même à être conduit ; un pas de plus on arrive à leur suppresion nosographique. La folie paralytique ne saurait être en effet une maladie surajoutée à la paralysie générale ; elle est cette affection même, elle en fait partie intégrante, soit que, précédant les lésions péri encéphaliques, le trouble vasculaire qui la produit détermine une prolifération du tissu interstitiel, soit que cette prolifération, résultat d'une autre cause diathésique ou toxique, détermine elle-même l'état congestif nécessaire pour que la folie paralytique se manifeste. Il ne faut donc pas trop dissocier et faire de ces deux éléments constitutifs de la paralysie générale deux maladies dissemblables. Or, c'est à cela que conduirait logiquement la théorie dualiste si on la poussait à ses dernières conséquences ; ce serait outre-passer la pensée de son auteur qui reconnait au contraire que la folie paralytique n'est pas seulement la compagne de la péri-encéphalite diffuse, mais qu'elle en est le plus souvent le prélude et que, si elle ne la crée pas toujours de toutes pièces, que s'il existe pour cette maladie d'autres modes d'évolution, elle y prédispose tout au moins, qu'il vient un moment où les deux maladies n'en font qu'une et qu'on ne saurait établir cliniquement leur séparation.

Sans entrer dans les détails d'une symptomatologie bien connue, il est au moins utile d'indiquer comment les troubles circulatoires, aussi bien que les lésions péri-encéphaliques, peuvent donner lieu au même complexus de symptômes. — Quand les centres corticaux, moteurs et psychiques, se trouvent altérés dans leur structure par un processus sclérosique ou autre, il doit y correspondre des désordres de la motilité et de l'intelligence, en raison de la nature de la lésion, partie destructive, partie irritative. Les désordres moteurs seront surtout paralytiques, mais pourront être aussi ataxo-paralytiques ; les désordres intellectuels seront surtout démentiels, mais il devra s'y joindre assez souvent des phénomènes d'une excitation plus ou moins vive. Ces désordres seront d'ordinaire très faibles au début parce que la lésion qui les produit est elle-même encore minime. Ils

grandiront parfois assez lentement et pourront rester inaperçus pendant un certain temps ou bien être marqués par des symptômes analogues, mais plus retentissants, que produira l'élément mécanique concomitant. — Celui-ci n'est qu'un trouble circulatoire le plus souvent hyperhémique, quelquefois ischyémique, plus ou moins intense, plus ou moins durable ; c'est une poussée qui, agissant sur les mêmes centres moteurs et psychiques, les comprime d'abord et détermine un ébranlement qui peut persister plus longtemps que sa cause. Les désordres fonctionnels observés ne pourront donc que ressembler beaucoup aux précédents ; toutefois, ils seront presque toujours plus intenses et plus rapides dans leur évolution, car le choc dont ils sont le résultat peut avoir été violent et avoir porté sur une grande surface, tandis qu'une dégénérescence n'envahit d'ordinaire que peu à peu les tissus qu'elle frappe. Ces désordres seront surtout, et c'est là le point essentiel, susceptibles de régression, de guérison même, leur intensité et leur durée se trouvant limitées à celles de l'ébranlement qui les a produits.

La plupart des paralytiques généraux présentent de l'excitation maniaque, un plus petit nombre ont du délire dépressif presque toujours de forme hypocondriaque; enfin chez quelques-uns il y a alternance de ces deux formes.

C'est que l'irritabilité nerveuse peut se traduire par l'exaltation ou par la dépression et qu'elle peut être provoquée presque aussi souvent par une sous-excitation que par une surexcitation. C'est un fait bien admis aujourd'hui, que je crois avoir mis un des premiers en relief (*Traité des maladies nerveuses chloro-anémiques*, prix Civrieux 1860). Les phénomènes congestifs sont du reste fréquents chez les aliénés et surtout chez les maniaques qui, quand il sont sous leur influence, ressemblent parfois à des paralytiques généraux ; c'est un point qui n'est plus guère contesté, Calmeil. Mendel, Foville, Thomson, Luys, Baillarger en ont constaté la réalité. Ce dernier dit même qu'un médecin chargé d'un grand service d'aliénés l'a assuré *qu'il ne trouvait plus de manies simples dans l'âge moyen de la vie, que tous les faits lui paraissaient pouvoir se rattacher à la paralysie générale ou à l'alcoolisme.* Il ne faudrait cependant pas faire des pseudo-paralytiques de tous ces maniaques.

J'avais déjà moi-même, dans une communication faite au Congrès de 1878, essayé d'appeler l'attention sur l'importance, la fréquence et les effets de la congestion sur les aliénés : « Un état

congestif faible est habituel chez un certain nombre de maniaques, d'alcooliques et surtout de paralytiques généraux pendant la période d'excitation de cette maladie... une hyperhémie congestive modérée a presque toujours pour double effet de déterminer à la fois des symptômes de paralysie motrice et de sur-activité intellectuelle. Il n'est pas rare qu'un véritable accès de manie éclate chez les paralytiques généraux, cet accès peut guérir, et le malade éprouve ce qu'on a très justement appelé une rémission. Quand elle est complète, le malade peut ne plus être fou, mais il reste paralytique, car la lésion somatique n'a point cédé .Cet état hyperhémique du cerveau (sorte de congestion chronique) qui se rencontre notamment dans l'alcoolisme et dans la paralysie générale peut expliquer jusqu'à un certain point la forme que prend si souvent le délire dans ces affections. L'afflux au cerveau d'une quantité de sang quelque peu supérieure à celle qu'il doit recevoir surexcite cet organe et devient d'abord une cause d'agitation maniaque. Les fonctions intellectuelles en reçoivent la même suractivité, les idées, les conceptions s'élargissent alors et le délire, s'il éclate, doit porter l'empreinte de cette turgescence, il doit être incohérent, il doit être celui des grandeurs ».

Mais les effets de l'hyperhémie méningo-corticale sont plus étendus encore, elle ne tarde pas à déterminer dans la trame du tissu nerveux des modifications moléculaires qui, tôt ou tard, elles-même seront le point de départ de la dégénérescence scléreuse ; cette opinion est celle de Thomsson, de Luys, de Baillarger .. Les troubles moteurs qui s'observent dès le début de la paralysie générale vraie, aussi bien que ceux en tout semblables qui peuvent accompagner la simple folie paralytique, relèvent les uns et les autres de l'action congestive, irritative ou bien ischiémique, anémiante qu'une circulation défectueuse exerce sur les centres corticaux et de celle qui, par propagation du processus initial, peut s'exercer au loin sur d'autres centres tant cérébraux que spinaux, car tous sont en communication directe ou indirecte avec ceux de l'écorce cérébrale. — Quant aux troubles psychiques, ils ne sauraient être que d'origine corticale et sont comme les précédents plus ou moins accentués, plus ou moins généralisés, selon que les centres psychiques sont eux-mêmes plus ou moins profondément touchés ou qu'ils le sont sur une plus ou moins grande étendue. — Degré et surface des altérations méningo-corticales, telles sont les deux circonstances principales dont les combinaisons nombreuses ne peuvent manquer de

modifier la symptomatologie de la paralysie générale, sa marche, son pronostic, sa terminaison même. Ces modifications, si nécessaires qu'il soit d'en tenir compte, sont-elles suffisantes pour séparer dans le grand syndrome de cette maladie des entités morbides d'espèce différente, pour qu'il y ait lieu d'y créer toute une série de pseudo-paralysies qui ne peuvent être le plus souvent différentiées les unes des autres, ni de de la souche commune ?

M. Baillarger va répondre pour moi. Dans son dernier travail qui restera comme son testament sur la matière, il a magistralement repris la question. S'appuyant de ses recherches antérieures, de l'opinion de Tuezek « l'encéphalite manque dans les cas récents de paralysie générale » (*Congrès de Berlin de 1883*); — de celle de Westphal « l'encéphalite interstitielle n'est pas caractéristique de la paralysie générale, elle peut faire défaut, on peut ne constater aucune altération pathologique des centres nerveux » (*Ibidem*); — de celle de Mendel « d'autres processus anatomo-pathologiques que l'encéphalite interstitielle peuvent se traduire par le tableau clinique de la paralysie générale... dans la paralysie générale à évolution courte, il n'existe pas d'altérations corticales; pour qu'elles existent, il faut une paralysie générale ancienne avec démence avancée et phénomènes paralytiques très prononcés. » (*Arch. de Neurol.*, 1885), — il conclut lui-même : « Les symptômes de paralysie générale peuvent se produire sans péri-encéphalite par des processus différents, c'est ce qui constitue les pseudo-paralysies, » et plus loin il ajoute : » J'ai lu avec attention tout ce qui a été dit du diagnostic de la paralysie générale vraie et de la pseudo-paralysie générale et je suis resté convaincu que les caractères indiqués sont insuffisants au moins dans le plus grand nombre de cas. » Il arrive enfin à cette conclusion générale : « La folie paralytique comprenant toutes les formes vésaniques de la paralysie générale, il n'y aurait plus lieu d'admettre une *pseudo-folie paralytique*. Il ne resterait donc qu'une seule espèce de folie paralytique toujours la même qui tantôt précéderait et tantôt compliquerait la démence paralytique, c'est-à-dire la paralysie générale réduite aux seuls symptômes que tout le monde s'accorde à regarder comme essentiels, la démence et la paralysie » (*An. médic. psych.*, 1887).

J'ai dû faire ces citations pour prouver qu'il y a bien quelques discordances au sujet de l'existence des pseudo-paralysies générales et qu'elle n'est rien moins que démontrée pour M. Baillarger

lui-même. Il suffit de relire ses nombreuses observations de folie congestive, celles qu'on trouve dans les travaux si intéressants de MM. Doutrebente et Christian sur les difficultés du diagnostic de la paralysie générale, celles de MM. Camuset, Ritti, Régis et bien d'autres, pour se convaincre que le diagnostic différentiel n'a jamais été fait pendant la période active de la maladie, mais seulement après coup, soit que, *post mortem*, l'autopsie n'ait pas révélé les lésions considérées comme typiques de la maladie de Bayle, soit qu'aprés guérison présumée ou du moins rémission trés complète, on se soit cru en droit de rectifier le diagnostic primitif. Car c'est là surtout la pierre de touche; la paralysie générale est exclusivement une péri-encéphalite diffuse et ne doit pas guérir; quand il en est autrement, il y a pseudo-paralysie seule susceptible de le faire ou du moins d'être sérieusement améliorée par le traitement. Telle est la conclusion d'une savante leçon faite sur le sujet par M. le professeur Ball.

La sclérose méningo-corticale est sans contredit le fait anatomique le plus constant et le plus important dans cette affection, mais est-il bien certain qu'il la constitue tout entière? Faut-il de parti-pris considérer comme pseudo-paralysies les cas fort nombreux où cette lésion fait défaut à l'autopsie et à plus forte raison tous ceux qui guérissent? — Calmeil, en France, a soutenu le premier l'opinion contraire et nous venons de voir qu'une partie de l'Ecole allemande la soutient encore; ce qui est certain, c'est que la clinique doit distinguer la maladie de la lésion. La première ne donne certainement pas lieu aux mêmes processus, la seconde n'est pas toujours pathognomonique et même quand elle l'est, elle peut n'apparaître qu'à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection. S'il est exact que la paralysie générale commence le plus souvent par un simple trouble vasculaire, sa curabilité possible ne saurait être mise en doute à cette époque initiale, cependant un état congestif si faible qu'on le suppose, constitue toujours un processus irritatif. Si cet état se prolonge ou se répète, le processus se condense et s'accroit; tôt ou tard il finit par devenir inflammatoire, par produire des exsudats, par déterminer des proliférations, des dégénérescences; c'est ainsi que la prédisposition aidant, les méninges hyperhémiés s'épaississent peu à peu, qu'il se développe des tractus, des taches opalines, c'est-à-dire de la pachyméningite. Simultanément ou peu après il se fait des adhérences avec la substance grise qui s'infiltre aussi, prolifère, se ramollit, se sclérose; à partir de ce

moment, la paralysie générale est constituée dans son double syndrôme. Ce qui appartient aux poussées congestives pourra guérir encore, ce qui est dû à la dégénérescence persistera il est vrai, mais comme celle-ci peut marcher lentement, surtout si elle cesse d'être activée par de nouvelles poussées congestives, la rémission peut être si complète que de fait elle équivaut à une guérison. Le malade sera le plus souvent perdu de vue ou bien il aura, avant toute récidive, été emporté par une affection intercurrente. Faut-il en conclure qu'il était pseudo-paralytique? Autant dire d'un phtisique chez lequel l'évolution tuberculeuse s'arrête qu'il est un pseudo-phtisique. — Il semble bien que sous certaines influences diathésiques ou toxiques, la paralysie générale puisse suivre une autre marche indiquée par M. Charpentier (*Soc. médic. psych.*, 1890). Alors la prolifération interstitielle est primordiale, c'est elle qui produit la congestion et, dit-il, « l'ordre est renversé, cette prolifération est d'abord un adjuvant utile pour désintoxiquer la cellule noble, plus tard elle devient nuisible par excès de développement. » Mais ces cas qui doivent être de beaucoup les plus rares, sont hors de cause, car ici, du moins, il n'y a pas de pseudo-paralysie possible puisque la lésion typique est initiale.

La question peut aussi se présenter sous une autre face : si la paralysie générale est toujours une péri-encéphalite diffuse, la sclérose interstitielle corticale doit par réciprocité reproduire toujours le complexus symptomatique de la paralysie générale. Il vient de m'être donné d'observer un fait dont je n'ai point trouvé d'analogue, il est vrai, et qui doit être en tout cas fort rare. Il donne un démenti à cette assertion.

Ger, célibataire, 32 ans, entrée à l'asile le 26 juin 1884 — C'est une fille naturelle sur les antécédents de laquelle les renseignements manquent en entier ou à peu près. Je sais seulement qu'elle fut fille-mère et qu'elle passait pour avoir une assez mauvaise conduite. Cependant, elle n'a jamais eu de mal, m'a-t-elle assuré, et il ne m'a pas paru qu'elle fût syphilitique. Cette fille, ouvrière en filets, habitait la campagne et était dans la misère. Folle depuis trois ans environ elle courait les chemins et les champs, déchirait ses vêtements et se trouvait ainsi nue devant les passants ; elle injuriait, avait des accès de fureur, mais ne frappait pas. Une fois, elle s'est jetée par sa fenêtre, une autre fois elle a essayé de se noyer. — A l'asile, il est assez difficile de l'interroger, car, quand elle ne garde pas un mutisme absolu, elle ne fait que des réponses évidemment inexactes et même incohérentes : elle

présente d'ailleurs tous les signes d'une manie aigüe intense. La crise d'agitation a duré plusieurs mois sans rémission, elle s'est épuisée peu à peu et s'est trouvée remplacée par une période de prostration à peu près de même durée durant laquelle la malade ne parlait plus, ne paraissait plus comprendre, était indifférente, impassible, gâteuse, dans un état de demi-stupeur. Il y a eu plusieurs alternances, mais jamais d'intervalle lucide, la malade passait insensiblement de l'excitation à la torpeur. Les périodes de manie ont toujours été en diminuant de violence, de durée et de fréquence, elles ont cessé depuis trois ou quatre ans et la malade a été en se cachectisant. — Jamais elle n'a eu d'idées de grandeurs, de fortune, de satisfaction personnelle, point non plus de délire hypocondriaque; jamais de troubles oculaires, ni d'embarras de la parole ; elle n'est point devenue aphasique puisque dans les derniers temps elle émettait çà et là quelques mots sans suite, mais l'intelligence a toujours été en s'obnubilant. Cette fille est restée pendant près de trois ans dans un état voisin de la stupeur ou plutôt de l'idiotie, puis elle est devenue tout à fait grabataire quoique non paralysée, inconsciente de ce qui se passait autour d'elle, dépourvue de tout sens moral, mangeant bien, mais incapable de réclamer ses aliments ; c'était la démence la plus confirmée. Pendant plus d'un an elle n'a eu que la vie végétative et vers la fin seulement, il lui est survenu des escharres ; enfin elle s'est éteinte dans le marasme le 24 avril 1891, après un séjour à l'asile de plus de sept années.

A l'autopsie, j'ai trouvé à la surface des méninges quelques plaques opalines de pachyméningite, mais la lésion principale était un épaississement notable des membranes qui adhéraient fortement à la substance cérébrale ramollie, dont on ne pouvait les séparer qu'en arrachant celle-ci par lambeaux. Ces adhérences étaient généralisées, mais plus intimes à la région antérieure et supérieure du cerveau (lobes fronto-pariétaux). La substance assez foncée, ce qui semble indiquer un état permanent d'hyperhemie légère, présentait l'aspect hérissé sauf par places où des lambeaux de 1 centim. et plus de long, sur quelques millimètres de large, avaient été arrachés et laissaient un espace correspondant à peu près lisse. Le râclage, avec le dos du scapel, dissociait le tissu qui s'en allait en bouillie, le reste du cerveau ne présentait aucune altération macroscopique.

Il n'est personne, je crois, qui ne reconnaisse là les grosses lésions typiques de la paralysie générale, cependant aucun symptôme n'avait permis de soupçonner cette maladie, si ce n'est, me dira-t-on peut-être, la démence progressive et précoce dans laquelle cette fille était tombée. Mais il me semble que ce signe

est insuffisant pour établir un tel diagnostic, alors surtout qu'il se montre comme terminaison d'un état maniaque, sans les troubles moteurs caratéristiques, sans le délire spécial.

Je ne puis, en présence de l'autopsie, douter qu'il y ait eu une péri-encéphalite diffuse progressive à laquelle je ne m'attendais guère; mais je ne crois cependant pas devoir porter le diagnostic rétrospectif de paralysie générale méconnue.

Ce fait anormal sera trouvé insuffisant pour prouver que la péri-encéphalite diffuse peut exister sans paralysie générale, mais il n'en garde pas moins sa valeur. L'attention éveillée, il devient probable qu'on lui trouvera des analogues s'il n'en a déjà. C'est ainsi que les faits de paralysie générale sans péri-encéphalite mis en doute d'abord, sont devenus indéniables et si communs qu'on a dû compter avec eux. Alors, plutôt que d'admettre que la lésion péri-corticale ne fait pas de toute nécessité la paralysie générale, ce qui eût donné une entorse à la doctrine reçue, on a mieux aimé créer de nouvelles entités morbides, faire des pseudo-paralysies. S'il venait à être démontré que la péri-encéphalite, diffuse peut exister sans paralysie générale, la doctrine des pseudo-paralysies ne pourrait cependant plus reposer sur l'absence d'une lésion qui ne serait plus elle-même pathognomonique. Aussi lorsqu'une encéphalopathie, quelle que soit sa cause première, donne lieu au complexus symptomatique bien défini de la paralysie générale, il semble que le clinicien doit être autorisé à diagnostiquer cette affection, sans avoir à se préoccuper trop d'une lésion qu'il trouvera le plus souvent à l'autopsie, mais qui pourra quelquefois faire défaut, suivant la durée de la maladie et la période à laquelle elle sera arrivée, lésion qui par une exception très rare, il est vrai, peut même exister sans s'être traduite pendant la vie par ses symptômes habituels.

Il semble en effet que le tabes cortical ne suffit pas pour constituer la paralysie générale, il ne doit être même assez souvent que secondaire : cette maladie est plus compliquée. Elle résulte de causes nombreuses, mais qui agissent toutes dans le même sens, non-seulement pour produire le ramollissement de la substance corticale, mais aussi pour affecter d'une certaine façon les centres moteurs et psychiques qu'elle contient, pour modifier leurs fonctions d'une certaine manière toujours la même. Le ramollissement, comme la compression congestive qui le précède le plus souvent, ont pour résultat une abolition plus ou moins complète de ses fonctions motrices et psychiques, d'où des phénomènes

paralytiques et démentiels qui font le fond de la maladie. Les causes agissant sur les éléments nerveux restés encore sains, donnent au délire qu'elles produisent une physionomie spéciale, qu'il soit maniaque ou mélancolique. De là, ce caractère mégalomane, niais, incohérent qu'on lui trouve toujours et qui ne ressemble pas à celui des autres encéphalopathies. Quand existe ce délire spécial bien connu et qu'il s'accompagne de phénomènes moteurs non moins spéciaux, embarras de la parole, troubles oculaires, incoordination motrice, etc.. On ne peut vraiment diagnostiquer qu'une paralysie générale et je ne vois pas de place pour une pseudo-paralysie, alors même que, par exception, le malade vient à guérir. Si les symptômes typiques ne se rencontrent pas en nombre suffisant, le malade, qu'il guérisse ou non, ne saurait être, à plus forte raison, un pseudo-paralytique, il est un maniaque, un mélancolique ou un dément. Un autre point de ressemblance entre les paralysies vraies et les pseudo-paralysies générales, c'est que leurs causes ne diffèrent en rien. Si peu connues que soient encore celles-ci, l'on peut du moins affirmer qu'il n'en est point de spéciales à l'une de ces affections plutôt qu'à l'autre. Celles qu'on invoque sont du reste fort nombreuses et il semble qu'elles agissent bien plutôt par leur masse que par leur énergie individuelle. MM. Ritti et Christian qui, mieux que personne, ont étudié cette difficile question (*Dict. encycl. - Arch. neur. 18)*, reconnaissent qu'il y en a toujours plusieurs en jeu et arrivent à conclure que toutes peuvent se réduire à une seule : le surmenage d'un cerveau adulte chez un prédisposé. — Les prédisposés, ce sont d'abord les héréditaires par tendance congestive (Lunier, Doutrebente, Régis) et même les simples héréditaires (Christian), ce sont aussi ceux qui, encore dans l'âge moyen de la vie, présentent quelque diathèse morbide congénitale ou acquise, quelque intoxication générale suceptible d'affaiblir l'organisme surtout en favorisant un état congestif; ce sont en un mot tous ceux qui, par une cause quelle qu'elle soit, se trouvent à un moment donné insuffisamment armés pour la lutte de la vie.

Viennent chez eux de grandes fatigues physiques ou intellectuelles, qu'ils se livrent à des excès de quelque nature qu'ils soient, plaisirs, veilles, travaux excessifs; qu'ils aient des préoccupations intensives; qu'ils subissent un traumatisme crânien, une insolation ; qu'ils mènent une vie trop active qui les use, ou trop sédentaire qui les concentre sur eux-mêmes, ils courent de grands risques. Toutes ces causes, il est aisé de le voir, aboutissent

à un surménage du corps ou de l'esprit, assez souvent de tous les deux. C'est ce qui fait que paralysies et pseudo-paralysies générales se montrent plus fréquentes à la ville qu'à la campagne, dans les classes élevées et moyennes où beaucoup ont une vie trop plantureuse et trop accidentée, que dans les classes inférieures qui ont une existence plus simple et sont surtout moins accessibles aux effets des chocs intellectuels et moraux. C'est aussi ce qui fait que les asiles d'aliénés de la capitale et ceux dont la population se recrute dans les grands centres industriels, ont plus de paralytiques généraux que les asiles dont la population est surtout rurale. Les résultats auxquels sont arrivés M. Colin pour l'armée, M. Bouchant, pour les écclésiastiques et les religieux, s'expliquent aussi par les mêmes considérations. Le premier a constaté que la paralysie générale était plus commune chez les officiers que chez les sous-officiers, et chez ceux-ci que chez les soldats ; le second, qu'elle était relativement rare chez les religieux où elle ne se montre guère que chez les 2,4 0/0 des aliénés de cette catégorie, alors qu'elle atteindrait 24 à 25 0/0 des aliénés laïques. On ne saurait nier, dit-il, que les religieux ont une vie plus régulière, plus calme que les laïques, que les excès vénériens, la syphilis, l'alcoolisme, ne se rencontrent chez eux que par exception.

Ces diverses causes prises dans le sens indiqué n'ont rien de spécifique, elles sont banales. Si elles agissent énergiquement et en grand nombre sur un sujet prédisposé, elles détermineront rapidement tous les phénomènes de la paralysie générale et ses lésions anatomiques ; si leur action est moins intense elles ne donneront lieu qu'à des symptômes d'ordre inférieur, quoique analogues et l'on pourra n'avoir alors que ce que l'on a appelé des pseudo-paralysies, affections plus ou moins guérissables, qui sont loin de l'être toujours et qui peuvent, en s'aggravant, reproduire le complexus symptomatique complet de la paralysie générale ; la distinction devient d'autant plus impossible que les deux maladies ne diffèrent point de nature. Il est au moins deux causes, l'alcoolisme et la syphilis, qui altèrent plus profondément la constitution que toutes les autres et qui prédisposent les éléments organiques à certaines dégénérescences, le premier à la stéatose, toutes les deux à l'artério-sclérose en particulier. C'est donc avec raison qu'on leur accorde une plus grande action sur le développement des paralysies et partant des pseudo-paralysies générales.

Pour ce qui est de l'alcoolisme, son influence étiologique dans

ces affections est une des questions soumises à l'examen du Congrès, je ne saurais pressentir quelles conclusions seront prises.

Sur ce sujet deux opinions contraires sont soutenues par des médecins également recommandables; sans entrer dans un historique qui serait trop long, il suffit de dire que pour les uns, l'alcoolisme est une cause fréquente de la paralysie générale; c'est l'opinion la plus ancienne et je crois celle qui est encore le plus généralement admise; que pour les autres, l'alcoolisme ne peut donner lieu qu'à des troubles ayant des rapports avec ceux que présentent les paralytiques généraux, mais qui ne sont pas de même nature, l'abus de l'alcool produisant plus souvent la stéatose de nos organes que leur véritable sclérose. Aussi les autopsies ne révèlent-elles alors que rarement les lésions de la péri-encéphalite interstitielle. — Il me semble cependant que l'artério-sclérose se manifeste souvent chez les buveurs de profession et qu'il n'y a pas lieu d'établir ici de distinction bien capitale; il n'est pas douteux d'autre part que la folie alcoolique peut revêtir les caractères de la paralysie générale et qu'elle ne diffère en rien alors de la folie congestive ou paralytique de M. Baillarger. Or, celle-ci ne saurait être que le premier stade de la vraie paralysie générale, elle guérit parce que les lésions artérielles ne sont encore qu'inflammatoires et qu'elles peuvent se résoudre assez facilement; mais le malade venant à reprendre ses habitudes d'intempérance, il éprouve une seconde, une troisième attaque. Le processus morbide grandit, la prolifération interstitielle se fait peu à peu et la paralysie générale se trouve constituée dans son double syndrôme. Cependant il ne faudrait pas en induire que les ivrognes soient tous des prédestinés à la paralysie générale. On boit presque aussi ferme à la campagne qu'à la ville et les folies alcooliques y deviennent de plus en plus fréquentes, pourtant elles ne tournent encore qu'assez rarement à la paralysie générale, parce que l'alcoolisme seul ne fait pas cette maladie. Il faut pour sa génèse une prédisposition spéciale du sujet, héréditaire ou diathésique, il faut aussi, presque toujours, le concours de plusieurs causes réunies; les simples alcooliques ont un délire maniaque ou mélancolique avec hallucinations typiques qui permettent d'ordinaire d'en distinguer assez facilement l'origine et qui n'a qu'une ressemblance éloignée avec celui de la paralysie générale. Le retour des attaques peut sans doute amener à la longue une déchéance intellectuelle progres-

sive, mais celle-ci, quand elle est simplement alcoolique, n'a ni la forme, ni la marche de la démence paralytique, les troubles moteurs ne sont pas non plus exactement les mêmes; il n'y a donc point alors pseudo-paralysie: quand il en est autrement, c'est qu'on assiste bien réellement au début d'une paralysie vraie. Il est assurément des cas douteux, difficiles, dans lesquels on doit surseoir au diagnostic, mais il me semble que cette difficulté, quelle qu'elle soit, ne saurait autoriser la création d'une entité morbide spéciale intermédiaire entre la paralysie et la manie.

Il me faut dire aussi quelques mots de la syphilis, puisque c'est à certaines de ses manifestations encéphaliques qu'a d'abord été appliqué le vocable pseudo-paralysie. Personne ne conteste aujourd'hui que la syphilis ne soit assez souvent une des causes les plus appréciables de la paralysie générale, mais on ne s'accorde pas encore pour en fixer la valeur numérique. Nous nous souvenons tous que, l'an dernier, à Rouen, cette question a été très sérieusement traitée et que les opinions les plus disparates se sont fait jour.

Alors que M. Régis estimait qu'il y a 85 0/0 paralytiques généraux syphilitiques, M. Cullerre n'en trouvait que 42 0/0 et M. A. Voisin que 9 sur 560, ce qui fait moins de 2 0/0. D'aussi grandes divergences ne peuvent évidemment tenir qu'à la manière dont on diagnostique la syphilis, qu'à la rigueur plus ou moins grande avec laquelle on accepte ou l'on récuse l'existence de cette affection et c'est ce qu'ont bien fait ressortir MM. Rist et Malfilâtre. Les mêmes écarts se retrouvent dans l'appréciation des médecins étrangers, on peut s'en convaincre en consultant le tableau donné par MM. Morel-Lavallée et Bélières dans leur remarquable ouvrage (*Syph. et paral. génér.*, 1889).

Le nombre des paralytiques généraux syphilitiques qu'on rencontre n'indique du reste que d'une manière bien relative l'influence de cette cause sur la production de la maladie, car, d'une part, la syphilis peut se trouver dans toutes les formes de la folie sans y intervenir comme facteur étiologique et de l'autre, les manifestations cérébrales de la syphilis sont loin d'être les plus communes; enfin quand elles ont lieu, elles ne font pas toujours de la paralysie générale ou de la pseudo-paralysie.

Quoiqu'il en soit, il est incontesté que les encéphalopathies syphilitiques peuvent donner lieu à une série de troubles qui représentent le double syndrôme de la paralysie générale et qui

sont alors cette affection elle-même; il reste à examiner si dans certains cas, ils n'en sont que le simulacre.

Les lésions secondaires et même tertiaires de la syphilis sont plus souvent des lésions circonscrites en foyer que des lésions diffuses, cependant rien ne prouve qu'il en soit toujours ainsi, il semble, en effet, démontré qu'une gomme peut se ramollir, se scléroser et la prolifération envahir de proche en proche les tissus ambiants, il est moins admis que la syphilis puisse donner lieu à un processus sclérotique se développant d'emblée au sein de nos tissus. L'artérite syphilitique, constituée par de petites gommes qui se développent entre les membranes vasculaires, est une des lésions les mieux établies; elle aurait même son siège exclusif dans les vaisseaux encéphaliques (Lancereaux), pourrait envahir les vaso-moteurs et, l'inflammation se propageant, y donner lieu à de la sclérose diffuse (Legrand du Saulle). — Celle-ci serait alors due à une infiltration syphilitique et tributaire jusqu'à un certain point d'un traitement spécifique, ce seraient les cas des pseudo-paralysies que le traitement guérit ou améliore; mais le plus souvent la sclérose ne sera, comme dans les cas de folie congestive ordinaire, que la conséquence des oblitérations artérielles et sans rapport direct avec la syphilis (Fournier). Les malades sont alors de vrais paralytiques généraux et le traitement spécifique reste sur eux sans effet, c'est ce que constatent la plupart des médecins.

Il faut convenir qu'il n'y a pas là motif à établir une distinction bien rigoureuse, car s'il est des cas où la lésion est syphilitique, il en est de plus nombreux ou elle ne l'est pas, quoique existant chez un syphilitique et ces cas qui doivent se réunir, se confondre bien souvent, deviennent cliniquement inséparables, d'autant que la symptomatologie d'une lésion dépend moins de sa nature que de son siège et de son étendue, qu'elle est, avant tout, l'expression des troubles qu'elle apporte dans les fonctions des organes qu'elle envahit. Du moment où la substance corticale est ramollie, qu'elle a perdu ses propriétés physiologiques, peu importe que le processus qui a déterminé cet état soit inflammatoire, scléreux, alcoolique, syphilitique; peu importe qu'il ait son point de départ dans le tissu vasculaire, conjonctif ou nerveux lui-même, car tous ne tardent pas d'être envahis par la dégénérescence et le résultat devient le même. Ce serait en vain qu'on voudrait arguer des nuances que présente la symptomatologie dans ces divers cas pour créer des entités morbides distinctes. Ces nuances sont trop

peu sensibles et les plus habiles n'ont pu les saisir. Ce qui reste vrai, c'est que la paralysie générale, quelle que soit sa cause, banale ou spécifique, qu'on la considère avec la grande pluralité des médecins comme une entité bien définie ou bien avec quelques-uns comme un simple groupe morbide (Blanche, Ball, Rouillard), se traduit par un complexus symptomatique toujours identique au fond, mais qui offre des intensités variables, soit dans l'ensemble des symptômes, soit dans quelques-uns en particulier, suivant l'époque à laquelle on observe la maladie et les conditions dans lesquelles se trouve le malade. Les pseudo-paralysies répondent soit aux périodes initiales, prodromiques même, soit à celles plus avancées où la sclérose n'a cependant pas encore fait assez de progrès en profondeur et en étendue pour que les symptômes paralytiques et démentiels, les plus caractéristiques, les plus essentiels, auxquels ne peut manquer de donner lieu la destruction des centres moteurs et psychiques, soient bien définitivement et bien nettement établis. C'est à la fois une question de surface et de degré.

Je ne saurais mieux terminer, qu'en rappelant ici un mot de l'un des savants professeurs de cette Faculté, de M. le docteur Pierret, notre sympathique vice-président : « Il n'y a point de pseudo-maladies, il n'y a que des pseudo-diagnostics. »

DISCUSSION

M. Joffroy. — Dans la fort intéressante discussion qui a eu lieu hier sur le rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale, M. Magnan et tous les autres orateurs ont cherché un appui à la thèse, qu'ils ont soutenue, et dans la clinique et dans l'anatomie pathologique. Pour ma part, je crois que les raisons cliniques que l'on a invoquées, si instructives, si précieuses qu'elles soient, ne peuvent trancher le litige. Personne, en effet, ne met en doute que les abus alcooliques ne constituent une des causes les plus puissantes dans l'étiologie de certains cas de paralysie générale, mais ce n'est là qu'une partie de la question. Il s'agit aussi de savoir, et c'est là le point contestable, s'il y a des malades atteints de paralysie générale chez lesquels, en dehors de toute

prédisposition, la maladie a été engendrée par les abus alcooliques seuls. Eh bien, je le répète, la clinique seule ne peut donner que des présomptions, elle est incapable de fournir une preuve absolue. Que chez un plus ou moins grand nombre de paralytiques on trouve l'alcoolisme dans l'étiologie, cela ne prouve pas que l'alcool a agi seul, a tout créé, cela ne prouve pas qu'il n'y avait pas une prédisposition héréditaire ou acquise. Et dans cette question je ne crois pas que la statistique puisse faire autre chose que préparer le débat.

Si, du reste, on a parlé des alcooliques qui deviennent paralytiques généraux, on a également parlé des alcooliques qui deviennent déments. Mais, Messieurs, il y a une troisième classe à établir parmi les buveurs d'alcool, ce sont ceux qui faisant des abus alcooliques, même persévérants, ne deviennent ni déments, ni paralytiques, et je crois que cette troisième classe forme la majorité, et je n'hésite pas à dire que les paralytiques généraux alcooliques forment une bien petite minorité dans le nombre de ceux qui abusent de l'alcool.

Quant aux signes spéciaux qui, d'après M. Mairet, caractérisent la paralysie générale alcoolique, je les accepte, mais je les interprète autrement que lui. Dans le tableau qu'il nous a présenté, je n'ai vu qu'une association morbide, celle de l'alcoolisme et de la paralysie générale, et l'on peut fort bien, en même temps que l'on est paralytique, être alcoolique, de même que l'on peut être saturnin, syphilitique ou tuberculeux. Et de ce qu'une maladie s'associe à la paralysie générale, je ne puis voir là une preuve que cette maladie ait créé la paralysie générale. Donc, je le répète, ni l'étiologie, ni la clinique, ne donnent une preuve convaincante que l'alcool puisse créer la paralysie en dehors d'une prédisposition. Les statistiques prouvent bien l'influence considérable de l'alcoolisme chez ceux qui sont prédisposés, mais elles ne prouvent rien de plus.

Les documents anatomo-pathologiques que l'on a fournis sont-ils plus convaincants ? Nullement. Tout d'abord, et c'est pour ce motif surtout que j'ai pris la parole, j'ai été étonné d'entendre tous les orateurs admettre, presque sans restriction, que la lésion de la paralysie générale était une encéphalite interstitielle. Messieurs, je ne partage pas sans réserve cette manière de voir, et si je n'ai pas encore une opinion absolument ferme sur ce point, du moins j'ai très grande tendance à croire que la lésion essentielle de la paralysie générale est parenchymateuse, et que la lésion des

cellules de la couche corticale est celle qui caractérise la maladie. Et si presque tous les anatomo-pathologistes sont d'une opinion opposée, c'est que la lésion interstitielle est grossière, facile à mettre en évidence, tandis que tous ceux qui ont tenté de faire l'étude histologique des circonvolutions savent toutes les difficultés que l'on rencontre dans la préparation et l'étude des cellules nerveuses de l'écorce du cerveau. Il ne s'agit pas seulement ici d'obtenir des préparations sur lesquelles on puisse voir les grandes cellules, il faut aussi, et j'ajouterai il faut surtout étudier les petites cellules, et malgré les perfectionnements de la technique, la chose est restée malaisée.

Je ne puis pour le moment aller au-delà de ces indications générales mais, je le répète, je crois que mes observations histologiques sont suffisantes, sinon pour me prouver, du moins pour me montrer comme discutable, comme probable même, la nature parenchymateuse de l'encéphalite de la paralysie générale.

Et s'il en est ainsi, Messieurs, quel sera le rôle de l'alcool dans la genèse de la paralysie générale ? Lorsque l'alcool produira des lésions cérébrales chez un non prédisposé, il modifiera les parois vasculaires, les méninges et produira de l'encéphalite interstitielle. Alors vous aurez un alcoolique pur, vous aurez un de ces malades qui, par certains symptômes et à certains moments peuvent se rapprocher des paralytiques généraux, mais qui finissent soit par guérir incomplètement, soit par échouer définitivement dans la démence. Dans ce premier cas, les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, entourées de vaisseaux altérés, empoisonnées dans le tissu sclérosé, sont restées longtemps indemnes et leur mauvais fonctionnement s'explique surtout par les conditions déplorables de nutrition dans lesquelles elles se trouvent placées.

Mais il y a une autre classe d'alcooliques à lésions cérébrales, ce sont ceux qui ont une prédisposition à la paralysie générale. Et chez ceux-là l'encéphalite ne tardera pas à devenir mixte. Ils commenceront bien par faire des altérations vasculaires et de la sclérose interstitielle, puis à un moment donné, il s'y joindra de l'encéphalite parenchymateuse, c'est-à-dire de la paralysie générale. L'alcool a fini par éveiller la prédisposition, sans lui peut-être jamais le malade ne serait devenu paralytique général, mais cela n'empêche pas que le germe de la maladie préexistait et que l'alcool n'a fait qu'en favoriser la germination.

En résumé, Messieurs, s'il me fallait tirer des conclusions, je

dirais que le dernier mot n'est pas dit sur la nature de la lésion de la paralysie générale, et que personnellement j'ai tendance à croire qu'il s'agit d'une encéphalite primitivement et essentiellement parenchymateuse.

Je crois également que l'alcool est une cause puissante parmi celles qui peuvent déterminer l'apparition de la paralysie générale, mais je ne pense pas qu'à lui seul l'alcool puisse créer la paralysie générale.

M. Magnan. — Suivant M. Joffroy les lésions de la paralysie générale sont toujours parenchymateuses. Je serais heureux de connaître les caractères précis de ces lésions et d'avoir une description exacte de l'état des cellules qu'il a observées.

Les prédisposés ou dégénérés héréditaires ne deviennent presque jamais de vrais paralytiques généraux par suite de l'alcoolisme. Ils semblent à ce point de vue plus résistants que les alcooliques sans prédisposition héréditaire.

M. Joffroy — Si je n'ai pas mis plus de précision dans mes descriptions c'est que je n'ai pas encore un nombre suffisant d'observations. Je puis cependant affirmer déjà que dans l'examen d'un cerveau de paralytique les régions relativement indemnes présentent des cellules malades. La lésion parenchymateuse serait donc la lésion du début et par suite serait la principale. Les dégénérescences observées à une période plus avancée ou dans des points plus malades, alors que la sclérose interstitielle est très accentuée, ont une signification beaucoup moindre.

M. Pierret (de Lyon). — C'est avec le plus grand intérêt et l'attention la plus soutenue que j'ai suivi la discussion qui s'est ouverte hier devant vous.

Je dois avouer, qu'à mon avis, la question n'a pas fait un pas, et cela parce qu'elle a été mal posée.

Il faut bien l'avouer, quels que soient nos artifices de langage, quand nous discutons l'étiologie d'une pseudo-paralysie générale nous supposons résolue une question qui paraissait l'être, mais qui ne l'est plus, à savoir : celle des causes, de l'anatomie pathologique, des symptômes et de la marche, d'une entité morbide qu'on appelle encore la paralysie générale.

Pour mon compte, je considère que cette forme de maladie

mentale, tout en étant constituée d'une manière assez artificielle, doit être conservée au moins comme point de départ pour les recherches du présent et les découvertes de l'avenir.

On s'entend d'ailleurs assez bien sur les symptômes qui la caractérisent, mais il n'en est pas de même en ce qui concerne son anatomie pathologique.

Or, au début de la paralysie générale, que voyons-nous d'ordinaire?

Un malade, encore est-ce exagérer que de l'appeler ainsi, un sujet, dirons-nous, qui présente tous les signes d'une hyperidéation maladive.

C'est alors que l'on voit des intelligences jusqu'alors médiocres jeter des lueurs inusitées, des aptitudes latentes se révéler avec éclat, des souvenirs enfouis depuis longtemps dans les profondeurs des cellules nerveuses surgir tout d'un coup avec une puissance qui flatte d'abord la famille pour la plonger bientôt dans l'inquiétude.

Cet élan, qui marque en quelque sorte la période prodromique de la maladie, montre bien que l'élément dont la fonction est troublée est l'élément ganglionnaire, celui sans lequel il n'y a point de pensée.

Plus tard, ces cellules surmenées donnent des signes de fatigue, il se fait des trous dans la mémoire, le sens moral s'affaiblit, la cellule psycho-motrice elle-même fléchit.

Et bien, je le demande, si la presque totalité des symptômes de la paralysie générale s'explique par un trouble fonctionnel chaque jour plus grave des cellules nerveuses du cerveau, est-t-il logique de déclarer que le substratum anatomique de la paralysie générale est toujours l'encéphalite scléreuse interstitielle?

C'est là pourtant ce qu'affirme M. Magnan. Je ne nie pas, tant s'en faut, l'existence et même la fréquence de l'encéphalite interstitielle avec ou sans méningite chez les paralytiques généraux, mais j'affirme que cette inflammation chronique de la névroglie s'accompagne toujours de lésions cellulaires.

J'affirme, en outre, que c'est uniquement en invoquant ces modifications de la fonction des cellules que nous pouvons nous expliquer les troubles psychiques qui accompagnent l'encéphalite interstitielle.

D'ailleurs, cette dernière lésion pour être fréquente n'est cependant pas indispensable.

Nous avons tous vu de ces héréditaires prédisposés qui nous

donnaient l'illusion de paralytiques généraux profondément atteints. Lasègue a pu s'y tromper,et je n'hésite pas avouer que je me suis trompé de même.

Un beau jour, ces soi-disant paralytiques ont guéri très vite et sont revenus ce qu'ils étaient avant, ni plus ni moins.

Oserait-on dire que chez ces malades une sclérose interstitielle s'est rapidement développée pour disparaître un jour sans laisser de traces ?

Pourrait-on prétendre d'autre part que les cellules nerveuses de ces sujets avaient cédé leur rôle aux cellules de la névroglie?

Ceci posé, j'arrive au raisonnement de M. Magnan.

Il se présente sous la forme d'un syllogisme. Il n'y a pas, dit M. Magnan, de sclérose interstitielle de l'encéphale sans paralysie générale ; l'alcoolisme engendre dans tous les organes une sclérose interstitielle et une dégénérescence graisseuse, donc l'alcoolisme engendre la paralysie générale.

Ce raisonnement n'est pas solide puisque la majeure en est contestable.

Je ne nie pourtant pas l'existence des scléroses interstitielles et des dégénérescences graisseuses dans les parenchymes des alcooliques. Ce sont des faits connus de tous, mais je nie qu'à elle seule cette sclérose puisse donner naissance au moindre signe de paralysie générale, si, au préalable, elle ne trouble pas la fonction puis la nutrition des groupes ganglionnaires, dont les éléments finissent par subir une dégénérescence granulo-pigmentaire qui se retrouve dans toutes les démences.

Il y a, d'ailleurs, une maladie, maladie grave, lente en beaucoup de cas, et qui a pour caractéristique anatomique, comme l'alcoolisme, d'engendrer dans les divers organes des scléroses interstitielles diffuses, et des dégénérescences graisseuses. C'est la vieillesse et M. Magnan n'ignore pas que les alcooliques sont de précoces vieillards.

Mais quelle est donc la symptomatologie, au point de vue cérébral de cette sclérose interstitielle sénile ?

Ce ne sont presque jamais des symptômes de paralysie générale, mais bien ceux de la démence sénile.

Une femme de soixante-quinze ans, qui ne dort plus, s'agite la nuit, crie au feu, se barricade toute tremblante contre des agresseurs imaginaires ; qui, le jour, s'attiffe en jeune fille et offre ses faveurs aux jeunes gens de son entourage, ne ressemble pas à une paralytique générale; elle ne peut être comparée

qu'à une alcoolique, et, de fait, les lésions sont presque les mêmes.

Donc, dans certains cas biens définis, toxiques si l'on veut, les signes de la paralysie générale peuvent se montrer indépendamment d'une lésion interstitielle de la névroglie, et, d'autre part la sclérose interstitielle peut évoluer sans faire naître les symptômes si caractéristiques de la maladie qui nous occupe. C'est donc la cellule qui est en cause, et l'avenir de la question en ce qui concerne les pseudo-paralysies générales, est dans la recherche des conditions de vitalité, de fonctionnement, de nutrition et d'excrétion où les cellules nerveuses se trouvent mises par les différentes causes de paralysie générale.

Nul doute que la sclérose interstitielle ne joue un rôle dans l'apparition et surtout la persistance des symptômes cliniques de la maladie ; mais ce rôle, sachons-le bien, n'est pas capital. Ce n'est qu'un appoint.

Si la cellule peut, par elle-même présider à la genèse de la plupart des symptômes de la paralysie générale, est-il possible d'admettre que, mise en contact avec certaines substances solubles, elle voit sa fonction assez troublée pour donner l'illusion de la maladie ?

Pour ma part, je n'hésite pas à déclarer la chose parfaitement possible et par là je reviens à l'alcoolisme.

Bien des auteurs et tout récemment encore M. Lentz, un aliéniste belge distingué, insistent sur la ressemblance si grande qui existe entre un homme ivre et un paralytique général.

Il y a bien quelques différences, mais l'analogie est si grande qu'elle ne peut être mise en doute.

Pourtant cette ressemblance existe dans l'ivresse accidentelle comme chez l'ivrogne invétéré. Chez certains sujets même, la dose d'alcool nécessaire est extrêmement faible, d'autant plus faible que les sujets sont plus sobres d'ordinaire.

Existe-t-il donc chez de tels sujets une sclérose interstitielle diffuse ? Qu'attend-elle pour se révéler ?

Je termine en déclarant qu'à mon sens, dans les paralysies générales, c'est la cellule qu'il faut considérer.

Les troubles fonctionnels qui s'observent dans les paralysies générales transitoires ne peuvent s'expliquer autrement, et ils sont souvent le résultat univoque de désordres, portant sur l'apport et la composition du sang artériel, sur l'évacuation du sang veineux ou celle des excréta des éléments de la substance grise.

Dans tous ces cas, il y a un véritable empoisonnement des cellules, qui n'est pas sans analogie avec celui que subissent les cellules d'un homme en état d'ivresse.

M. Magnan. — Il m'est difficile de répondre à M. Pierret qui admet, et c'est la première fois que je l'entends dire, qu'il existe des paralysies générales sans sclérose interstitielle diffuse. La plupart des Neuro-pathologistes assitant au Congrès de Berlin ont admis que la sclérose interstitielle est la lésion principale de la paralysie générale.

Quand on peut observer le cerveau d'un paralytique général mort à une période peu avancée de la maladie on trouve dans la région motrice des cellules malades et une sclérose déjà très accentuée. Dans le lobe pariétal les cellules sont à peine dégénérées alors que les lésions de la trame conjonctive sont évidentes, plus en arrière les cellules paraissent indemnes et la sclérose interstielle est encore appréciable.

M. Pierret base son argumentation sur ce que l'hypéridéation est souvent une des premières manifestations de la maladie. Ce début est loin d'être la règle absolue. On observe parfois des malades qui, à part un léger affaiblissement de la mémoire, ont conservé une grande lucidité de l'intelligence. Alors que les troubles moteurs sont parfaitement nets, ils restent capables de diriger leurs affaires et de vivre de la vie commune.

Si d'ailleurs les troubles de l'idéation étaient un signe évident de dégénérescence des cellules cérébrales, que deviendraient les nombreux aliénés que nous observons ? Ils seraient tous voués à la démence.

M. Pierret. — M. Magnan a observé la dégénérescence granulo-pigmentaire des cellules. Cette dégénérescence est-elle primitive ou secondaire ? Voilà la question.

Les inflammations parenchymateuses de la moelle ne sont actuellement ni contestées, ni contestables. Pourquoi refuserait-on au cerveau ce qu'on admet pour d'autres parties des centres nerveux ?

Quant aux paralysies générales qui débutent par des troubles moteurs, ce sont celles où les cellules motrices sont les premières atteintes.

M. Gilbert Ballet. – En ce qui concerne l'anatomie pathologique de la paralysie générale, j'avoue que les lésions cellulaires

qu'il m'a été donné d'observer, ne m'ont paru ni assez importantes, ni assez caractéristiques, pour que je sois porté à leur attribuer la première place dans la série des altérations constitutives de la maladie. Et jusqu'à plus ample informé, je persiste à penser que l'encéphalite interstitielle est dans l'espèce la lésion essentielle.

Mais les contradictions et les divergences, qui se sont produites ici sur ce côté de la question, démontrent que, pour l'heure, ce n'est pas l'anatomie pathologique qui peut nous donner la clef de la nature et des causes de la paralysie générale. A vrai dire la discussion me paraît avoir un peu dévié depuis l'ouverture du débat. Elle avait été ouverte sur un point d'étiologie : le rôle de l'alcoolisme ; et je pense que le rôle de l'alcool comme des autres facteurs dans la génèse de la maladie ne pourra guère être établi qu'au moyen de statistiques, j'entends de statistiques bien faites. A la vérité, celles fournies par les divers observateurs sont souvent divergentes et même contradictoires. Mais ce fait paradoxal me paraît tenir moins aux hasards de l'observation, qu'à la nature des milieux ou chacun recueille ses documents. C'est ainsi que les médecins qui observent dans les asiles privés ou dans la clientèle urbaine se prononcent plus volontiers pour l'origine syphilitique ; tandis que les partisans de l'étiologie alcoolique se recrutent surtout parmi ceux qui pratiquent dans les asiles publics et même dans les asiles publics de telle région plutôt que de telle autre. Ce fait semblerait indiquer ou bien que l'étiologie de la paralysie générale n'est pas une, ou bien (opinion à laquelle j'ai tendance à me rattacher) qu'il y a, comme le disait hier M. Mairet, plusieurs paralysies générales.

Quant à l'expression pseudo-paralysie générale, qui a été ici si vivement attaquée, je pense contrairement à M. Magnan et à la plupart des orateurs, qu'elle est à conserver. Certes ce serait une erreur de considérer comme des entités nosologiques les faits qu'on a abrités sous ce vocable. Et on a justement fait observer ici que tous ces faits rentrent dans des groupes bien définis, la syphilis, l'alcoolisme, la dégénérescence mentale. Mais en tant qu'expression symptomatique, au même titre que le mot pseudo-tabes, par exemple, le terme me paraît avoir son utilité. Il peut arrêter le clinicien sur la pente d'une erreur de diagnostic en rappelant constamment à son esprit que certaines intoxications ou infections peuvent emprunter d'une façon frappante la marque de l'encéphalite interstitielle. Lorsqu'on est en face d'une paralysie

générale supposée, on doit toujours se demander si on n'a pas affaire à une pseudo-paralysie générale, quitte à déterminer secondairement la nature de celle-ci.

M. le Président. — Personne ne demandant plus la parole, je déclare close la discussion sur la 1re question du programme.

La parole est à M. Coutagne pour développer les conclusions de son rapport sur la 2e question.

De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs

M. Henri Coutagne. — Ainsi que vous avez pu le remarquer, messieurs, mon rapport, contrairement à celui de mes distingués collègues, MM. Rousset et A. Lacour, ne se termine pas par des conclusions précises. J'ai pensé que la nature de ce mémoire et le point de vue auquel je me plaçais m'autorisaient à m'abstenir de formuler des axiomes que le lecteur peut facilement extraire du corps du travail et auxquels il est malaisé de donner une tournure scientifique. J'ai cherché avant tout à faire œuvre *d'opportunisme médico-légal* : s'il était absolument nécessaire que je condense ici les idées pratiques que j'ai essayé de développer sur ce sujet difficile, je le puis dans la phrase suivante : « Il faut déclarer irresponsables les aliénés persécuteurs aussi souvent que possible et les séquestrer aussi tôt et aussi longtemps que possible ».

J'ai dû avant tout circonscrire le sens de l'expression relativement nouvelle en psychiatrie d'aliéné persécuteur. J'ai surtout cherché à éviter l'écueil qui consiste à lui donner une extension trop grande, en en faisant plus ou moins le synonyme d'aliénés dangereux. Mais d'autre part, il ne faut pas, croyons-nous, tenter de la circonscrire dans un cadre nosologique. Jusqu'à nouvel ordre, les deux classes de persécuteurs décrits par M. Falret, c'est-à-dire, les *persécuteurs persécutés* et les *persécuteurs-raisonnants* répondent assez bien aux termes de la pratique.

Il n'est pas d'aliénés plus dangereux que ceux dont nous avons à nous occuper, tant par leur incurabilité presque fatale, que par la variété des incidents médico-légaux qu'ils soulèvent. J'ai dû forcément me borner à une esquisse à peine ébauchée de ces

faits, en insistant spécialement sur la part considérable que la dissimulation joue dans leur maladie : l'expression de *persécuteurs latents* me paraît utile à conserver pour désigner cette variété fréquente et dangereuse entre toutes.

C'est surtout dans la partie de mon rapport consacré à la détermination de la responsabilité que je puis être taxé d'opportunisme. Car, après avoir indiqué ma préférence personnelle pour la suppression de l'irresponsabilité de l'aliéné, je replace la question sur son terrain actuel, celui où les magistrats, liés par l'art. 64 du Code pénal, demandent aux médecins de les assister dans son interprétation. Dans ces conditions, irresponsabilité pour les persécuteurs persécutés et pour les persécuteurs raisonnants les plus graves, irresponsabilité atténuée pour les autres persécuteurs raisonnants, telle serait ma formule générale, mais sujette à varier suivant les nécessités de la pratique.

Les difficultés de notre sujet ressortent surtout en matière de séquestration, par suite des lacunes de la loi et des desideratas de l'assistance des aliénés. Je répète ici que je crois qu'il faut séquestrer ces malades le plus tôt et le plus longtemps possible.

Leur sortie doit être réglée avec une prudence excessive et autorisée seulement si le sujet peut être confié à un entourage assez intelligent et assez attentionné pour avertir les personnes compétentes des récidives, j'attirerai d'une façon toute spéciale l'attention sur les documents, soit tirés de statistiques officielles peu connues en France, soit inédits et dus à l'obligeance du Dr Nicolson, par lesquels j'ai cherché à exposer les résultats de la pratique suivie depuis près de trente ans à l'asile de Broadmoor. Nous avons sur ce point à prendre leçon de nos voisins, et au reste les persécuteurs auront à bénéficier de toutes les réformes qui s'imposent dans le régime général de nos aliénés.

M. Charpentier. — Veuillez me permettre, avant de vous exposer les quelques points sur lesquels je suis en désaccord avec M. Coutagne, de féliciter MM. les organisateurs du Congrès de Lyon, sur le choix de la question des aliénés persécuteurs, et M. le rapporteur en particulier, qui a si bien rempli la tâche qu'il s'est imposée ainsi qu'en témoigne son important travail, que nous avons étudié avec le plus vif intérêt.

Il importe, pour la clarté de la discussion, de bien définir l'aliéné persécuteur, et je crois que M. Coutagne a trop circonscrit sa définition.

Si un aliéné a une ou plusieurs idées fixes et délirantes de persécution, et si, sous l'influence de ces idées morbides, il commet un acte nuisible, cet aliéné est un aliéné persécuteur. Je ne m'occupe pas de savoir si son délire est ou non systématisé, accompagné ou non d'hallucinations ou de troubles de la sensibilité, s'il affecte la forme de manie ou de mélancolie, s'il subit ou non une influence héréditaire, s'il est associé ou non à d'autres délires ou à d'autres maladies, si le délirant porte ou non des stigmates dits de dégénérescence, si ses facultés intellectuelles : mémoire, raisonnement, syllogistique, sont ou non développées, pourvu qu'elles existent; il me suffit de la réunion de quatre termes : idée fixe, délirante, de persécution, entraînant à l'acte nuisible par son influence seule, pour constituer les caractères de l'aliéné persécuteur. Quant aux questions de savoir si l'aliéné persécuteur a été ou non un persécuté, s'il a ou non des idées de grandeur, s'il a ou non les idées conventionnelles de morale et de justice, si son caractère est violent, sournois ou autre, s'il dissimule ou non ses idées délirantes, ce sont là toutes questions intéressantes mais simplement contingentes.

La nature de l'idée délirante, idée de persécution, la fixité ou la longue durée ou le retour très fréquent de cette idée délirante, sa tendance extrême à commander l'acte nuisible, voilà les trois caractères fondamentaux de l'idée délirante de l'aliéné persécuteur.

Comme M. Coutagne, j'élimine les délires de persécution d'origine toxique, ceux de la paralysie générale, les délires d'emprunt de quelques imbéciles et les délires transitoires des épileptiques; toutefois, j'y fais rentrer, comme M. Coutagne, les hystériques persécutrices, et, de plus, les épileptiques persécuteurs, les idées de persécution de la folie raisonnante et de la folie morale, sans me préoccuper de savoir si ces idées morbides relèvent ou non de l'hystérie, de l'épilepsie, de la folie morale ou raisonnante.

Etant établis ces caractères de l'aliéné persécuteur, comment résoudre la question de responsabilité qui les concerne?

J'avoue que les questions touchant le libre arbitre et la responsabilité qui s'en dégage, m'ont toujours paru nuageuses, la première dépassant les limites de mon entendement et la deuxième me paraissant dépasser les limites de mes connaissances médicales; la responsabilité ne peut être qu'une déduction tirée en partie du certificat ou du rapport médical, mais elle ne devrait

pas être faite par le médecin qui doit se borner à fournir les matériaux scientifiques ; mais comme nous, médecins, nous n'avons pas pour mission de réformer le Code, nous devrons, jusqu'à ce que cette question de la responsabilité cesse de nous être adressée, la considérer comme relativement soluble; je ne veux pas non plus examiner si, mise de côté la responsabilité, c'est un droit ou devoir social de se prémunir contre les aliénés persécuteurs; il me suffit de savoir qu'il y va de l'intérêt de la société de le faire ou la notion d'intérêt social seule suffit, à mon avis, amplement pour remplacer toute question de droit ou de devoir dans la question des aliénés persécuteurs.

J'ai toujours applaudi aux efforts des aliénistes qui ont pour but de faire accepter la responsabilité atténuée.

Je préfère, je l'avoue, pour certains délits commis par des aliénés persécuteurs, la responsabilité partielle à la responsabilité atténuée, et dans cet ordre d'idées, je m'éloigne de M. Coutagne, surtout quand notre savant rapporteur loue les grands jurys anglais et américains. « Un inculpé, dit M. Coutagne, chez lequel l'expert diagnostique un délire de persécution, voit en général, dans ces pays, clore les poursuites par un arrêt de non-lieu. » Je pense qu'il ne serait pas prudent de généraliser ainsi.

Un homme, que la jalousie conjugale rend fou, qui commet, sous l'influence de son délire, un acte délictueux, est irresponsable, cela va de soi, mais si au lieu de cet acte délictueux, et en dépit de sa folie jalouse, il commet une action d'éclat, rend un grand service à ses concitoyens, à sa patrie, il peut mériter et obtenir une récompense honorable; tout le monde sera muet sur son côté délirant; qu'un autre, dans les mêmes conditions de folie jalouse, commette une escroquerie, une fausse signature ou un autre acte délictueux sans rapport avec son délire, on ira, au contraire, lier l'acte délictueux commis sans délire, en connaissance de cause, volontairement, à la folie jalouse et demander une déclaration d'irresponsabilité ou une responsabilité atténuée; le contraste entre la récompense, d'une part, l'absence de punition de l'autre, est trop frappant pour y insister; tous les jours, dans nos services, nous voyons nos aliénés persécuteurs commettre des actes répréhensibles, sans aucun lien avec leur délire; si un aliéné persécuteur s'enivre, viole, vole, frappe, escroque, et que de tels actes ne relèvent pas de ses idées délirantes, je ne vois pas pourquoi il serait privilégié au point de vue de la

répréhension, par rapport aux autres sujets qui, sans délire, commettent les mêmes actes. Le vice, la passion, la folie peuvent se rencontrer, c'est même plus que fréquent, réunis sur le même individu, mais demandent toujours à être distingués quant aux actes qu'ils sollicitent, soient respectivement et isolément, soit par leur association combinée.

Qu'une fracture de jambe se produise sur un aliéné persécuteur ou sur un sujet sain, ce n'en est pas moins une fracture qui réclame un traitement spécial. Les actes délictueux de l'aliéné persécuteur, indépendants de son délire, doivent, comme la fracture de jambe, réclamer un traitement spécial et, à mon avis, le meilleur c'est la punition, quand l'indulgence paraît inutile ou nuisible; car l'indulgence, en matière de vice, me paraît être comme l'expectation en matière de maladie, c'est un moyen qu'on peut employer, mais sur lequel il ne faut jamais absolument compter et surtout avec lequel il importe de ne pas s'endormir. C'est pour un ensemble de raisons analogues, que je trouve exagéré de conclure à l'irresponsabilité absolue, en vertu de la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques ou psychiques dits de dégénérescence, et même de troubles cérébraux antérieurs et très éloignés, complètement disparus depuis longtemps, et sans rapport avec l'acte délictueux; ce sont autant de présomptions qui auront d'autant plus de valeur, qu'elles seront accumulées en plus grand nombre sur le même sujet, mais ce ne sont que des présomptions que le médecin doit toujours se garder de faire passer pour des certitudes. Avec de pareils considérants, le nombre des persécuteurs délinquants, enfermés comme fous, serait bien diminué, et cela dans l'intérêt même des aliénés persécuteurs.

Je conclurai donc à l'irresponsabilité absolue des aliénés persécuteurs, quand le délit est lié intimement à l'idée délirante, quand le délit est un acte pathologique; à la responsabilité partielle, s'il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante; à la responsabilité atténuée, si, malgré l'absence de rapports entre l'idée délirante et le délit commis, il se trouve un certain nombre de ces présomptions auxquelles je viens de faire allusion.

Mais je m'empresse d'ajouter que cette responsabilité, qu'elle qu'en soit la variante, je ne l'admets que parce que la jurisprudence la demande, car je ne me reconnais qu'une seule compé-

tence, c'est celle d'affirmer souvent si le délit a été commis ou non sous l'influence délirante, par un sujet sain d'esprit ou non; la question de responsabilité étant du domaine légal et non du domaine médical.

Ce qui serait bien plus permis, au lieu de demander au médecin si un aliéné persécuteur est responsable du délit, ce serait de lui demander si ce même aliéné est punissable, en considérant la punition, la peine, comme un moyen de traitement.

Cette question de la punition, envisagée comme moyen thérapeutique, comme moyen de traitement, est des plus importantes, non seulement parce qu'elle pourrait être substituée très avantageusement pour tous à la question de responsabilité, mais aussi, et c'est le cas de l'examiner actuellement, parce qu'elle permet de mieux apprécier la seconde partie de notre communication, à savoir : la séquestration des aliénés persécuteurs.

Oui, il y a des aliénés persécuteurs punissables, qu'il faut punir, et si cette proposition de punition dans la folie paraît paradoxale, elle n'en a que l'apparence qui tient à une interprétation routinière de la peine, de la punition ou du châtiment.

Les esprits de notre époque ont cessé de considérer la punition comme une dette payée par le coupable à la société, ils la considèrent comme un traitement plus ou moins bien approprié, plus ou moins heureux dans ses résultats, du délinquant. S'il existe des criminels endurcis, il en est que la punition améliore. La prison les enlève à leur milieu nuisible, à leurs habitudes, les accoutume au respect de la discipline, au travail, les éclaire sur l'avenir et sur leurs devoirs, en cas de mise en liberté.

La séquestration pour les aliénés, et même pour certains aliénés persécuteurs, produit souvent les mêmes bénéfices par les mêmes moyens : isolement du milieu nuisible, changement d'habitudes, conseils éclairés ; beaucoup, sous son influence, comprennent les bienfaits d'une liberté qu'ils n'appréciaient pas auparavant, les droits et les devoirs inhérents à cette liberté, ils finissent par apprécier plus justement les causes qui ont déterminé leur séquestration ; ils comprennent enfin que l'usage vrai de la liberté n'est possible qu'au prix de nombreuses concessions, attentatoires en apparence seulement à l'exercice de la liberté. Après avoir considéré leur séquestration comme une perfidie, puis comme une punition injuste, puis comme une punition, ils finissent par s'apercevoir qu'elle n'a constitué qu'un moyen de traitement; c'est après avoir traversé le sentiment

pénible, mais éminemment utile de punition, que la séquestration finit par leur apparaître comme un moyen de traitement, comme un service qui leur a été rendu.

Malheureusement, de tels succès ne sont pas fréquents chez les aliénés persécuteurs, mais les demi-succès ne sont pas rares; nous en voyons beaucoup s'amender à un point tel que, sans nier la possibilité d'un retour aux mêmes désordres, nous proposons leur mise en liberté.

Quant à ceux qui sont rebelles à l'influence heureuse de la séquestration, nous les connaissons tous et nous ne les connaissons que trop. M. Coutagne, désireux de juger la question de haut, a bien voulu ne pas s'y appesantir, mais il importe que le public sache quel trouble ils apportent dans nos asiles, car c'est à cette condition seule que le public comprendra la nécessité de la discipline, des moyens de contrainte, de l'isolement absolu, des punitions appliquées à de tels malades. Que de fois, en présence de certains de ces aliénés persécuteurs, ne nous sommes-nous pas demandé si, dans l'intérêt même de ces aliénés et dans l'intérêt des autres malades de l'asile, ils n'eussent pas été plus améliorés par une condamnation sévère que par une simple séquestration! L'aliéné persécuteur qui crie partout que l'acte délictueux qui lui est imputé n'est pas un délit, que le crime qu'il a commis n'est pas un crime et qui allègue comme preuve que ce n'est ni un délit, ni un crime, le fait de n'avoir pas été condamné, souvent je me le suis demandé, cet aliéné n'eût-il pas été amélioré ou retenu sur la pente par les effets d'une condamnation?

En somme, que voyons-nous dans beaucoup d'aliénés persécuteurs? Des sujets sensibles aux bons conseils, aux raisonnements, aux exhortations, aux railleries, aux menaces, aux moyens de contrainte, aux punitions. Tous ces moyens sagement ménagés, judicieusement appliqués, agissent souvent favorablement sur l'aliéné et même sur l'aliéné persécuteur. Le public qui admet les premiers moyens n'admet pas les derniers : moyens de contrainte et punition, pourquoi? Parce que ces aliénés sont des malades. Oui ce sont des malades, des vrais malades; mais est-ce que le médecin tient toujours compte du goût d'un malade pour lui appliquer un traitement? Si donc l'aliéné est un malade, pourquoi le médecin se conduirait-il avec lui autrement qu'avec les malades ordinaires? Que le public finisse par comprendre que les moyens de contrainte et les punitions, au lieu de

constituer un retour à la barbarie, sont des moyens de traitement utiles et nécessaires à l'aliéné persécuteur, en raison même de leur utilité ; l'ordre et la discipline règneront dans les asiles et les chances de guérison et d'amélioration ne feront qu'augmenter.

Cette notion de la punition comme moyen de traitement des aliénés, nous ne saurions trop y insister, car, à notre avis, seule, elle doit servir de point de départ pour la répartition des aliénés persécuteurs dans les asiles ou hors des asiles.

Si nous admettons comme vrai qu'il y a des aliénés persécuteurs qui ne peuvent être améliorés et même traités que par la punition, et si, d'un autre côté, comme certains esprits mal éclairés ou mal intentionnés le désirent, la punition doit être bannie de nos asiles, il en résulte qu'il faudra placer ailleurs que dans les asiles les aliénés auxquels le traitement par les punitions est nécessaire. Comme traitement par les punitions, nous entendons l'isolement absolu, les moyens de contrainte non nuisibles à la santé du malade, la privation de tabac ou de lectures favorites; autant nous admettons la punition comme moyens de traitement, autant nous rejetons l'emploi des médicaments ou des remèdes considérés comme moyens de punition.

Nous concluons donc, après les questions de responsabilité, qu'il est des aliénés persécuteurs susceptibles et améliorables par les punitions dans nos asiles.

Si notre conclusion n'est pas admise, il faut placer ces aliénés persécuteurs dans d'autres établissements que dans nos asiles.

Ici se place la question des asiles d'aliénés criminels, d'aliénés dangereux, d'asiles-prisons ou de cottages pacifiques, quelle que soit l'expression employée, terme caractéristique ou euphémisme, cela sera la même chose C'est une question que je désire éviter d'aborder; autant il me paraît facile d'indiquer les genres d'aliénés qui pourrraient être dirigés sur ces établissements, et c'est ce que fait le nouveau projet de loi, autant je prévois de difficultés pour l'administration intérieure de pareilles maisons, et c'est ce dont ne parle pas le nouveau projet. On parle sans cesse de l'asile de Broadmoore, je ne le connais que par le rapport lu par M. Michel Moring, directeur de l'Assistance publique de Paris, au Congrès de médecine mentale de 1878, et la lecture de ce rapport m'a confirmé que les sujets qui y sont détenus sont loin de ressembler à ceux qu'avec la nouvelle loi on détien-

dra dans ces futurs ermitages. Si, d'un autre côté, on admet avec M. Semal que de tels établissements « soient des prisons où ne se trouveront ni chaînes, ni cachots, ni châtiments, mais une discipline appropriée à l'irresistibilité des instincts », non seulement je rêve, sans réaliser mon rêve, cette discipline appropriée, mais je me demande de quelle substance, de quel protoplasma seront faits les médecins, directeurs et employés, chargés d'appliquer cette discipline paradisiaque.

Si, au contraire, il y a lieu d'introduire une thérapeutique disciplinaire vis-à-vis de ces malades dans ces nouveaux locaux, pourquoi ne pas continuer à les maintenir dans nos asiles avec la même discipline thérapeutique? Je continuerai donc à maintenir la proposition que je me suis fait un devoir d'appuyer au Congrès de Rouen, concluant à la création de quartiers spéciaux pour les malades dangereux ou indisciplinés dans tout asile d'aliénés.

Je sollicite encore de votre bienveillante attention quelques minutes pour examiner deux questions relatives à la séquestration des aliénés persécuteurs : la question d'entrée et la question de sortie. Quand convient-il de séquestrer un aliéné persécuteur? Une fois séquestré, convient-il de proposer sa mise en liberté?

Quand convient-il de séquestrer un aliéné persécuteur? Lasègue faisait remarquer humoristiquement que la coutume était de les séquestrer alors qu'ils étaient relativement moins dangereux, c'est-à-dire une fois le crime commis; mais s'il fallait séquestrer tous les aliénés persécuteurs avant le délit commis, nos asiles ne parviendraient plus à suffire, car c'est, à notre avis, la forme la plus fréquente de la folie, bien que le délire de persécution se dissimule sous les noms de passion politique, foi religieuse, amour de la libre-pensée, talent administratif, ambition noble, devoir de chef de famille, passion amoureuse, esprit de réforme, paradoxe ou utopie, ou amour du merveilleux; au fond, persécuter une opinion, une idée, une société, une compagnie, une famille ou un individu, c'est toujours faire de la persécution et, si l'auteur de cette persécution est inspiré par une idée délirante, quelle que soit l'opinion qu'il ait de lui-même, de ses actes et de sa conduite, ce n'en est pas moins un aliéné persécuteur. Il est donc prudent de limiter les aliénés persécuteurs à séquestrer dans les asiles; ces limites doivent être dictées par la conduite de l'aliéné, par son caractère, ses menaces et le délit commis.

La conduite doit plutôt guider pour l'interdiction que pour la séquestration; les menaces, calomnies, diffamations, quand il y a des preuves, constituent déjà des délits; la valeur des menaces doit être subordonnée à celle du caractère; le caractère coléreux, violent, emporté, doit surtout faire prendre celles-ci en considération, tout en tenant compte du caractère sournois des persécutés latents, selon l'heureuse expression de M. Coutagne; toutefois, j'ai connu des persécuteurs dont les menaces écrites ou orales peuvent être comparées aux écrits chaleureux, aux accents passionnés qui dépeignent une passion mal contenue de certains amoureux qui, au moment de l'entrée en possession, sont en contradiction avec leurs désirs antérieurs. J'ai connu des persécuteurs menaçants qui n'ont jamais commis un délit d'action. Il est même des aliénés persécuteurs qui, en véritables obsesseurs, font un siège en règle mais non délictueux d'une victime, objet de l'idée de persécution qui les obsède; ici, c'est un médecin, là, un magistrat, ailleurs, un prêtre ou un administrateur, ou bien l'un des conjoints, importuné par son associé légal, qui sont tracassés continuellement par un aliéné persécuteur qui les harcèle pendant des années. Avant d'être médecin aliéniste, je délivrai, à propos de tels aliénés, des certificats tendant à la séquestration bien plus facilement que maintenant. Cette différence tient à ce que mon expérience m'a permis de constater qu'autre chose est séquestrer un aliéné persécuteur, autre chose est le maintenir enfermé. L'opinion publique et la presse, qui a la prétention de refléter l'opinion publique, ont deux manières d'envisager l'aliéné persécuteur. Tant qu'il n'est pas séquestré, c'est un aliéné insupportable, dangereux, dont la place serait mieux dans un asile ou dans une prison; une fois séquestré, elle le tient pour une victime d'une vengeance, pour un persécuté sain d'esprit; elle prend pour vraies et sincères ses plaintes, ses accusations, ses calomnies.

Nous concluons donc en disant qu'il ne faut prescrire la séquestration qu'en cas de délit commis, les menaces, la calomnie et la diffamation étant considérées comme des délits.

Convient-il de proposer la mise en liberté d'un aliéné séquestré comme persécuteur? Aux termes de la loi, tout aliéné guéri doit être mis en liberté; un aliéné doit être considéré comme guéri, quand il ne présente plus aucun signe mental ni physique de sa maladie mentale, ou d'autre maladie mentale; l'observation du malade montre que sa guérison doit être d'autant plus longue

que les intervalles de calme, entre ses accès s'il en a eu plusieurs, ont été longs, à moins que ces actes ne reconnaissent une cause accidentelle ou toxique comme l'alcool, un traumatisme, une émotion violente. Quand un sujet, admis comme aliéné persécuteur, a cessé, depuis longtemps, de manifester ses idées délirantes, quand il affirme reconnaitre ses erreurs, regretter l'acte commis, quand il manifeste des idées et une conduite correctes, quand il ne dissimule plus ses idées de persécution ou quand, point important, il devient impossible, au médecin traitant, de prouver la dissimulation par des signes déduits de la conduite, des écrits, des paroles, de la manière de répondre, des attitudes, du regard, un tel sujet doit être comme ne manifestant plus de signe de folie et le devoir du médecin est de proposer de ne plus maintenir dans son service un tel sujet, quel qu'ait été le délit commis. Le rôle du médecin traitant doit se borner là; toute question relative à la possibilité d'un retour des mêmes idées ou actes dangereux, après la sortie de l'asile, doit lui rester étrangère; il a mission d'exprimer une opinion médicale mais non de dire la bonne aventure; le passé est une présomption pour l'avenir, mais non une certitude; la certitude seule doit servir de base à une opinion médicale.

Quant aux sorties d'essai applicables aux aliénés persécuteurs que notre collègue n'a pas abordées, elles doivent être laissées à l'avis du médecin et non à l'administration; c'est, comme nous l'avons fait observer à la Société internationale d'Assistance publique, un moyen de traitement et les moyens de traitement relèvent absolument du médecin, tout en respectant le contrôle administratif. Les aliénés persécuteurs séquestrés ont généralement deux groupes de gens qui s'intéressent à eux, les uns pour les faire sortir de l'asile, les autres pour les y maintenir; les considérations que font valoir les deux parties ne peuvent atteindre le traitement prescrit et la sortie ne doit avoir lieu qu'avec le consentement volontaire du médecin traitant.

Nous résumons les considérations qui précèdent dans les conclusions suivantes :

1° L'aliéné persécuteur se reconnait à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux;

2° Le médecin étant tenu de répondre à la question de responsabilité légale des aliénés, nous sommes d'avis de proposer l'irresponsabilité, quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante; la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées, soit d'autres troubles mentaux antérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence; et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante;

3° La séquestration de l'aliéné persécuteur, dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyen de contrainte, punitions);

4° L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces, et du délit;

5° La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin;

6° Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux;

7° Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'observation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

M. le Président. — La discussion est renvoyée à la prochaine séance qui aura lieu ce soir, à 2 heures précises.

La séance est levée à 11 heures et demie.

Séance du mardi soir, 4 août 1891

PRÉSIDENCE DE M. LADAME (de Genève)

Sommaire. — Suite de la discussion sur la deuxième partie du programme (*Responsabilité légale et séquestration des aliénés persécuteurs*). — MM. Giraud, Coutagne, Gilbert Ballet, Charpentier. — Sur la folie de Ravaillac, par M. Rouby (de Dôle). — Troisième question : *De l'assistance des épileptiques*, rapport par M. Lacour, discussion : MM. Rey, Leriche Carrier, Ladame. — De l'influence des attaques d'épilepsie sur la température, par MM. Mairet et Bosc. — Etude des modifications pupillaires dans les attaques d'épilepsie, d'hystérie simple et d'hystéro-épilepsie, par M. le Dr Bosc, discussion : MM. Magnan, Coutagne. — Des éléments épileptogénes contenus dans les liqueurs et les condiments, par MM. Cadéac et Meunier.

La séance s'ouvre à deux heures.

M. Bouchereau. — Je prie notre éminent confrère, M. Ladame, de vouloir bien me remplacer au fauteuil de la présidence. M. Ladame représente au milieu de nous la Suisse, cette nation sœur, qui n'a jamais cessé de nous témoigner sa sympathie et son amitié et dont nous sommes heureux d'accueillir les dignes représentants (*Applaudissements*).

En prenant la présidence, M. Ladame remercie M. Bouchereau des paroles aimables qu'il vient de prononcer à l'adresse de la Suisse, qui nourrit une vive admiration pour la France et assiste avec un intérêt sympathique au beau spectacle du développement progressif de ce pays voisin et ami. Puis il donne la parole à M. Giraud pour la suite de la discussion de la deuxième question du programme.

M. Giraud — Messieurs, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le rapport où M. le Dr Coutagne présente si nettement l'état de la

question sur la responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs. Il est quelques points sur lesquels je ne partage pas entièrement l'avis de notre distingué confrère, et ce sont ces divergences d'avis que j'ai à vous exposer.

Notre rapporteur, en rédigeant son mémoire, a rencontré une première difficulté. Les aliénés persécuteurs ne constituent pas une entité morbide, et il a fallu tout d'abord limiter le sujet. Pour M. Coutagne, les aliénés persécuteurs se distinguent par trois caractères :

1° Faculté syllogistique de raisonner les conceptions déduites d'un point de départ faux, avec enchaînement d'idées propre à faire illusion à un observateur superficiel;

2° Perversion et non affaiblissement des facultés intellectuelles;

3° Etat mental les rendant réfractaires à la démence.

Ces trois caractères se montrent, comme l'indique fort bien d'ailleurs M. Coutagne, non seulement dans le délire de persécution primitif (maladie de Lasègue, délire chronique), mais encore chez certains lypémaniaques ou chez certains malades dans la période d'excitation de la folie à double forme. On les rencontre aussi chez des hystériques, et chez les dégénérés héréditaires. M. Coutagne subdivise alors les aliénés persécuteurs en persécuteurs persécutés, persécuteurs raisonnants, et même en persécuteurs latents. L'inconvénient de ces subdivisions est de créer une classification en quelque sorte artificielle, si on veut établir des catégories nouvelles parmi les aliénés, puisque nous ne sommes pas, comme je l'ai déjà dit, en présence d'entités morbides

M. Coutagne estime que l'aliénation mentale, devrait figurer dans les procès comme élément *graduateur*,et non comme élément *éliminateur* de la responsabilité. Ici, je me sépare complètement de mon honorable confrère. D'abord, comme l'a dit Falret, nous ne possédons pas de phrénomètre; puis, quand nous sommes appelés comme experts devant la juridiction criminelle, nous devons répondre de manière à permettre au juge de se prononcer affirmativement ou négativement sur la culpabilité. Si le prévenu est atteint d'aliénation mentale, nous ne devons pas le laisser condamner, et si nous ne le considérons pas comme aliéné, nous le déclarons responsable. Lorsque devant la cour d'assises nous

nous prononçons pour la responsabilité partielle, nous laissons le jury dans l'indécision, car il ne peut pas rendre un verdict partiel, on ne peut pas trouver un milieu entre un acquittement et une condamnation. L'embarras n'existe pas lorsque le prévenu est atteint de délire des persécutions avec hallucinations (délire chronique de Magnan), ou d'une autre forme nettement caractérisée d'aliénation mentale. On n'hésite pas à déclarer le prévenu irresponsable. Mais, lorsqu'on a affaire aux dégénérés, aux fous moraux, à ceux pour lesquels Maudsley a décrit une zone mitoyenne entre le crime et la folie, l'hésitation de l'expert apparait. Mais, je crois dangereux de suivre le conseil donné par M. Coutagne « d'abriter ses incertitudes cliniques derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. » Tardieu donnait comme précepte de ne jamais se contenter, dans un cas d'aliénation mentale, de déclarer que l'individu était aliéné. Il voulait qu'on fit le diagnostic de la forme d'aliénation. Et, en effet, la conclusion qui découle d'une incertitude clinique est nécessairement incertaine. L'expert s'expose à faire condamner un innocent ou à faire acquitter un criminel. On doit, au contraire, s'attacher à préciser son diagnostic, sauf à indiquer, si l'on ne conclut pas à l'irresponsabilité d'un dégénéré, que certaines tares héréditaires doivent être considérées comme circonstances atténuantes. En d'autres termes, en médecine légale, comme au point de vue du traitement, nous devons avoir toujours pour objectif, la précision du diagnostic et c'est la meilleure manière pour nous, médecins, de ne pas nous écarter de notre rôle, c'est-à-dire du domaine clinique.

Ce sont les mêmes préceptes qui nous guideront pour déclarer si un persécuteur doit ou non être séquestré. On ne doit pas hésiter à placer dans un Asile un individu atteint de délire de persécution avec hallucinations (folie systématisée) ou un persécuteur atteint d'une forme bien définie d'aliénation mentale. On ne doit pas formuler de règle absolue pour les dégénérés, parce que les uns peuvent vivre en liberté sans grand inconvient; d'autres, au contraire, commettent des actes qui rendent leur séquestration nécessaire; d'autres, peuvent vivre en liberté pendant une certaine période de leur existence et doivent être séquestrés à d'autres périodes. Mais c'est toujours le diagnostic de la forme d'aliénation mentale qui servira de base à notre appréciation.

Je ne crois pas que nous puissions discuter, à l'occasion de la

responsabilité des aliénés persécuteurs, la question de savoir si l'on doit établir en France un ou plusieurs établissements analogues à l'asile de Broadmoor en Angleterre, car nous sortirions des limites de notre sujet. M. Coutagne a, en terminant, émis l'opinion que les persécuteurs signalés par un caractère dangereux et incurables pourraient être, avec avantage, transportés très loin des lieux où s'est organisé leur délire. Je n'oserais pas, pour ma part, appuyer une semblable motion. Une telle mesure serait, à mes yeux, tout à la fois bien radicale et bien onéreuse, et se rapprocherait beaucoup de la relégation. Or, je regretterais qu'on pût établir une assimilation entre les aliénés qui sont des malades et les relégués qui sont des délinquants incorrigibles.

Mon honorable confrère, M. Coutagne, me permettra enfin de relever une phrase qui, d'une part me paraît renfermer une inexactitude et, d'autre part, pourrait donner à des interprétations erronées et fâcheuses, surtout à un moment où la révision de la législation sur les aliénés est à l'ordre du jour.

« Les chefs de service des asiles parisiens se plaignent de « recevoir, au milieu des fous véritables, des alcooliques main- « tenus après leur guérison comme serviteurs auxiliaires, des « individus plus criminels qu'aliénés et d'autres sujets à étiquettes « pathologiques vagues, réfractaires à la discipline et exerçant « une influence pernicieuse sur l'observation de la vie réglée si « indispensable au traitement hospitalier de la folie. » Je n'ai pas qualité pour parler au nom de mes collègues des asiles parisiens : mais, je suis certain d'avance de leur réponse. Ils ne conservent assurément pas dans leurs services des aliénés guéris pour en faire des serviteurs auxiliaires, (ce serait se rendre complice d'une séquestration arbitraire et illégale) et, s'ils acceptent des individus indisciplinés, fort incommodes dans un service, c'est sans doute, parce qu'ils les considèrent, tout à la fois, comme aliénés et comme dangereux pour l'ordre public.

M. Gilbert Ballet. — Je pense que si l'on veut aboutir à des conclusions pratiques, il y a de sérieux inconvénients à élargir le groupe des persécutés persécuteurs, comme a proposé de le faire M. Charpentier. Je crois qu'il est nécessaire au contraire d'envisager, à l'exclusion de tous autres, les persécuteurs raisonnants, tels que Falret et après lui son élève Pottier les ont décrits.

Lorsqu'on se trouve, en effet, en présence d'un persécuteur persécuté du type Lasègue, il ne saurait y avoir de grandes difficultés sur le diagnostic à porter et les décisions à prendre. Car cette classe de malades présente des phénomènes morbides bien caractérisés (troubles de la sensibilité générale, hallucinations, etc.), à l'aide desquels il est aisé de démontrer la nature pathologique de leurs dispositions mentales.

Il n'en est plus de même lorsqu'on a affaire aux persécutés persécuteurs de Falret, c'est-à-dire à ceux chez lesquels il n'y a pas d'hallucinations. La démonstration médico-légale du caractère morbide de leurs actes et de leurs idées présente souvent alors des difficultés sérieuses et on est porté trop aisément à attribuer les bizarreries souvent dangereuses de leur conduite à une simple tournure défectueuse du caractère. Le plus solide appui du diagnostic me paraît résider dans ces cas, dans la constatation des symptômes accessoires, je veux dire des stigmates physiques ou psychiques qui prouvent la dégénérescence mentale. Ces stigmates, en effet, ont un caractère d'objectivité qui les rend précieux quand il s'agit d'établir la nature morbide de certaines dispositions d'esprit et singularités de conduite.

A propos de la responsabilité de ces malades et pour répondre à certaines idées que j'ai entendu indiquer ici, je vous demande la permission de rappeler quel doit être, suivant moi, la base de notre appréciation en médecine légale. Quand l'individu a agi sous l'influence d'un mobile nettement morbide (conceptions délirantes, hallucinations) il y a irresponsabilité; lorsqu'il a agi sous l'influence d'un mobile vulgaire, responsabilité. Quant à la responsabilité atténuée, je ne crois pas, quelque opinion philosophique que l'on ait à son sujet, que l'on puisse s'en passer dans la pratique. Pour moi elle existe quand l'individu, ayant agi sous l'influence d'un mobile vulgaire, présente cependant des tares ou des troubles nerveux qui diminuent sa puissance de résistance. Elle s'adapte à une situation bien précise et je ne saurais admettre, avec M. Coutagne, qu'elle puisse être une échappatoire en cas d'indécision du diagnostic.

En ce qui concerne les persécutés persécuteurs le choix à faire est d'ordinaire entre la responsabilité atténuée et l'irresponsabilité. Mais de toute manière lorsqu'on se trouve en face d'un persécuteur criminel la détention s'impose. Et c'est à ce propos qu'il y aurait lieu de discuter la question souvent agitée et jamais résolue d'asiles spéciaux pour ces malades.

M. Charpentier. — Au sujet des malades guéris, maintenus comme auxiliaires dans les asiles de la Seine, rappelés par M. Giraud, d'aprés M. Coutagne, c'est par un abus du mot qu'il a été question de malades guéris; en réalité, ce sont toujours des débiles incapables de se conduire au dehors. Je maintiens, d'autre part, mon interprétation de la dénomination de persécuteur dans son sens le plus étendu; par conséquent, je reste partisan de la responsabilité atténuée.

M. H. Coutagne. — Je crois pouvoir répondre assez brièvement aux objections qui ont été faites à mon rapport, car les idées exposées par mes honorables contradicteurs me paraissent diverger d'avec les miennes plutôt en apparence qu'en réalité.

C'est ainsi que je ne vois pas de distinction bien tranchée entre le terme de responsabilité atténuée et celui de responsabilité partielle auquel tient M. Charpentier. Si nous nous cantonnons sur le terrain de la pratique médico-légale, nous observons entre les responsables, dont l'état mental correspond au moins à la moyenne de leurs concitoyens, et les irresponsables, malades indiscutables, la classe nombreuse des sujets placés de par leurs antécédents héréditaires ou personnels dans des conditions de résistance à la lutte sociale inférieures à la moyenne. Pour ceux-là, une conclusion d'irresponsabilité atténuée, partielle, mitigée, s'impose; devant le jury ou les magistrats elle plaide les circonstances atténuantes.

M. Charpentier demande pour les aliénés persécuteurs une séquestration courte, je la demande aussi prolongée que possible; n'aurions-nous pas tous les deux raison, malgré cette opposition apparente? Le médecin de Bicêtre se place surtout au point de vue de l'intérêt de son service : il est frappé du trouble profond que ces sortes de malades apportent dans un milieu hospitalier, et sur ce point aucun de nous n'aurait garde de le contredire. Mais, dans ma situation de médecin légiste, consulté par le parquet sur les dangers qu'une maladie mentale peut faire courir au public, je suis tenu de me placer à un point de vue différent et de peser de tout mon poids sur les moyens préventifs d'incidents qui sont tout particulièrement à redouter à longue échéance chez ces malades.

Il est certain que la prolongation de séjour de ces sujets dans les asiles d'aliénés est des plus propres à favoriser la promiscuité du personnel sur laquelle M. Giraud m'a reproché d'avoir trop

insisté. Je me bornerai à lui répondre sur ce point que je n'ai fait que résumer les procès-verbaux des séances de la Société médico-psychologique où ont été produites les discussions sur les deux révoltes des asiles d'aliénés de la Seine. Je reconnais, avec mon honorable confrère de St-You, le radicalisme de mes idées sur la responsabilité de l'aliéné, et comme conséquence, sur la relégation des persécuteurs graves ; qu'il se rassure sur leur réalisation pratique, je ne l'entrevois que dans un avenir éloigné et sous une forme probablement moins nettement hostile aux opinions courantes. Je suis d'accord avec lui et avec M. Gilbert Ballet sur les droits primordiaux de la clinique en un pareil sujet ; il ne faut pas qu'une déclaration de responsabilité atténuée serve à escamoter un diagnostic; mais n'existe-t-il pas des malades atteints de formes mentales frustes sur lesquelles la loi nous demande pourtant de nous prononcer ? Qui peut nier la *zone mitoyenne* de Maudsley ? Pour cette catégorie si nombreuse de sujets, je ne vois pas, dans l'état actuel, d'autre ressource que la responsabilité atténuée.

LES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS DANS L'HISTOIRE

FOLIE DE RAVAILLAC

M. Rouby. — Ravaillac était un aliéné persécuteur.

Il avait choisi Henri IV comme but de son délire, et pendant plusieurs mois de sa vie, son unique pensée fut d'arriver au roi de France et de le frapper.

Il était halluciné, mais il avait conservé, comme il arrive chez ces malades, la faculté de raisonner; lorsqu'il parlait à ses confesseurs de son idée obsédante, on s'apercevait bien qu'il était fou, et on le lui disait; mais, dans la vie ordinaire on ne s'apercevait de rien; c'est à peine si on le regardait comme un illuminé.

C'est le fait de cette forme de folie d'avoir les apparences de la raison; c'est pourquoi à son sujet le public et les médecins diffèrent souvent d'avis; d'une part, le public ne peut comprendre qu'un homme qui raisonne bien soit classé parmi les gens dépourvus de raison, d'autre part les médecins voient d'avance la catastrophe finale et affirment la folie.

Si j'ai choisi ce nom retentissant de Ravaillac, c'est que son exemple frappera, mieux que tout autre, l'esprit de ceux qui attendent que le crime soit commis pour comprendre la nécessité des précautions à prendre. En appuyant mes conclusions sur le terrible événement produit par cet aliéné persécuteur en liberté, je forcerai la conviction de ceux qui doutent, et je leur ferai admettre la nécessité de la séquestration des aliénés atteints de la même forme de maladie.

Si, au lieu de nommer cette forme d'affection mentale, maladie de Lasègue ou délire chronique ou manie raisonnante, on lui avait donné le nom de maladie de Ravaillac, le public frappé par le souvenir du terrible assassinat, se rendrait mieux compte pourquoi les aliénistes, malgré certaines apparences de raison, demandent l'internement des aliénés persécuteurs.

Nos notes ont été prises à deux sources : 1° dans l'ouvrage de Mathieu (*Histoire de la mort d'Henri IV*, 1611 ; 2° mais surtout dans le tome VI des mémoires de Louis 1er, prince de Condé, 1743, *à la Haye chez Pierre Dehoudt*).

En réimprimant ces mémoires, l'éditeur ajouta un volume de supplément et eut l'idée de joindre à ceux-ci : « le procès, examen, « confessions et négations du méchant et exécrable François « Ravaillac, copiés sur le manuscrit 192 de ceux de M. de Loménie « de Brienne dans la bibliothèque du roi. » Dans ce manuscrit se trouvait in-extenso les quatre interrogatoires « faits par nous « Achille de Harlay, chevalier, premier président, au pallais, en « sa cour de Parlement, à la requeste du Procureur général du « roy, au prisonnier accusé de parricide du feu Roy, etc., etc. »

Dans ses interrogaloires avec ou sans la torture, Ravaillac ne changea jamais sa manière de dire ; il ne varia jamais dans ses réponses. En les lisant, on sent que la vérité sort de sa bouche. Du reste les hallucinations regardées alors comme des inspirations du démon par les juges, comme voix du ciel par l'assassin, sont décrites et relatées dans un temps où l'on ne savait pas qu'elles sont des symptômes de folie et leur description, si exacte pour nous, donnent un cachet de vérité à tout l'interrogatoire.

Ce mémoire (1) peut avoir un certain but, éclairer un des points

(1) Ce mémoire était écrit déjà lorsque parut celui du Dr Régis sur les aliénés régicides bien que, s'inspirant des mêmes sources et arrivant aux mêmes conclusions, mon travail, écrit dans un but différent, pourra intéresser quelques lecteurs, même après celui si intéressant de mon confrère.

les plus intéressants de l'histoire de France; jusqu'à présent on avait regardé Ravaillac comme le bras qui frappe, mais la tête qui avait dirigé le coup, on ne la connaissait pas, ou plutôt on craignait de trop le savoir et de faire monter l'accusation trop haut. Nous allons voir que ceux qui furent soupçonnés, le furent injustement. Ravaillac fut seul assassin; il le fut parce qu'il était aliéné; cette mort d'Henri IV dont les conséquences furent si terribles pour la France, et qui changea peut-être le sort du monde, fut l'œuvre d'un pauvre fou atteint du délire des persécutions.

La vie de Ravaillac avant l'année du crime. — François Ravaillac (1) était né à Angoulême en 1578; son père faisait de la *pratique*, c'est-à-dire était une espèce d'homme de loi, moitié avoué, moitié huissier, poursuivant les procès devant les tribunaux; il était pauvre, presque misérable. Sa mère était une femme très pieuse qui éleva ses enfants dans les pratiques du bigotisme le plus étroit; c'était la piété de ce temps. Ils eurent plusieurs enfants, garçons et filles. Le ménage ne fut pas heureux et lorsque Ravaillac avait vingt-six ans, son père et sa mère se séparèrent et vécurent chacun à part; est-ce que la cause de ce désaccord doit être cherchée dans un manque d'équilibre du cerveau chez l'un des époux ? Y avait-il déjà délire des persécutions de l'un contre l'autre? On ne sait rien à ce sujet. Ravaillac resta avec sa mère, dit-il dans son interrogatoire, non avec son père, « qui veut mal à sa mère et à lui. Son père s'est séparé d'eux il y « a plus de six ans, qu'il ne lui voulait du bien »; la mère délaissée par ses filles, sœurs de l'accusé. — Au sujet de ses sœurs réfutons immédiatement l'assertion de Guy Patin disant dans une de ses lettres que Ravaillac s'était porté à commettre ce parricide parce que le roi avait abusé d'une des sœurs de ce misérable, l'avait abandonnée sans rien lui donner et qu'au cas où Ravaillac eût manqué son coup, un de ses frères devait entreprendre le même crime.

Cet acte n'est pas dans le caractère d'Henri IV, qui fut toujours bon et généreux envers les femmes et qui n'employa jamais la violence avec elles, malgré son pouvoir; témoin Mme de Condé. —

(1) Le nom véritable était Ravaillard qu'on prononçait Ravaillac, comme on disait corbillac pour corbillard; dans les gravures du temps on écrit Ravaillard et dans des gravures italiennes Ravaillardo. Ses descendants qui habitaient Lavigny dans le Jura ont conservé le nom de Ravaillard.

Du reste Ravaillac dans son interrogatoire réfute absolument cette assertion. Il dit « qu'il n'a reçu ni lui, ni les siens, du roi ou de « ses parents aucun outrage de Sa Majesté et que ce n'est pas une « cause semblable qui l'a mis à entreprendre cet attentat ». Il est probable qu'entre temps ses parents qui vivaient d'aumônes le faisaient mendier soit à la porte des couvents, soit dans les rues, avec ses frères et sœurs (1).

Dans son enfance, jusqu'à douze ans environ, il va à l'école chez deux prêtres sous lesquels il apprend à lire et à écrire; pour les autres branches de la science il est d'une ignorance absolue; lorsque dans son interrogatoire on lui demande s'il a été à Bruxelles, cette capitale aussi importante que Paris au XVIe siècle, il répond que « non et ne sait où est Bruxelles ». — En théologie il est ignorant et méchant, tantôt disant une chose, tantôt la niant.

Sur un point seulement il est instruit, sur les choses de la religion; son instruction s'est faite à l'église. « Les sermons que « j'ai ouïs auxquels j'ai appris les causes pour lesquelles il était « nécessaire de tuer un roi », aussi sur la question s'il était loisible « de tuer un tyran », il en savait toutes les défaites et distinctions et il était aisé à reconnaître qu'il avait été soigneusement instruit en cette matière. — Souvent dans leurs sermons des moines ou des prêtres fanatiques prenaient comme sujet de leurs discours une des propositions du livre de Jean Mariana, jésuite, intitulé : *de Rege et regis institutione*; voici cette proposition : « Tout tyran « peut et doit licitement et méritoirement être occis par quel- « conque sien vassal ou sujet et par quelque manière que ce soit, « par embûches ou par artifices de flatterie, nonobstant quelque « serment ou considération, faite entre ses mains, sans attendre

(1) D'après les dessins et les gravures de la bibliothèque nationale il est impossible de se faire une idée de la physionomie de Ravaillac ; tous ces portraits sont faits par à peu près et ne sont certainement pas ressemblants. Le plus connu, celui de Crispin de Passe, reproduit dans l'ouvrage du Dr Régis a été gravé plusieurs années après la mort de Ravaillac ; c'est un portrait fait de chic, pour employer une expression d'atelier. Ce matamore propre et soigné, à l'aspect militaire, ne peut représenter l'homme d'église mystique, tantôt doux et timide, tantôt exalté par la maladie, mais toujours d'aspect misérable. Dans d'autres portraits par Christoffel van Sichem et des graveurs anonymes, sa physionomie est complètement différente. Presque tous, pourtant, lui font un grand nez busqué sur la bouche et le représentent grand et fortement musclé des membres inférieurs. C'est à la complaisance de M. Henri Bouchot, attaché au département des estampes, que je dois ces détails.

« sentence ou mandement de juge quelconque ». Inutile de dire que pour eux Henri IV était un tyran. — Instruit de cette façon, Ravaillac ne trouvera pas dans ses sentiments religieux un frein pour l'arrêter, et lorsque le délire des persécutions viendra, les discours entendus orienteront son bras du côté du roi. — A seize ans, il entre comme valet de chambre et petit clerc au service d'un conseiller d'Angoulême nommé Roziers. Ce fut probablement le meilleur temps de sa jeunesse, celui pendant lequel il ne souffrit pas de la faim. Malheureusement son maître meurt au bout de deux ans et Ravaillac recommence sa vie misérable. Que fait-il pendant les quatorze années suivantes, de dix-huit à trente-deux ans. Il tâche de gagner sa vie de deux façons : en faisant de la pratique comme son père, s'employant à solliciter des procès en la Cour, les suivant parfois en appel jusqu'au Parlement de Paris. Lorsque les procès ne l'occupent pas ou l'occupent d'une manière insuffisante, il se fait maître d'école pour les petits enfants et leur montre, dit-il, à prier Dieu en la religion catholique, apostolique et romaine. Alors il vit de ce qu'il gagne de ses écoliers, aidé de ce que ses amis lui donnaient : quels étaient ses amis? « Les pères et mères de ses écoliers qui « lui donnaient l'un du lard, l'autre de la chair, du bled, du vin. » Ravaillac vivait dans la plus grande misère et de plus il avait avec lui sa mère vieille, ne gagnant rien et qu'il fallait nourrir. Dans ses interrogatoires nous voyons qu'il faisait à pied les voyages à Paris, en mendiant son pain le long du chemin. Lorsqu'il est dans la capitale, au temps de Noël, il va mendier sur la route de Saint-Denis; il est logé dans un grenier; s'il vole le couteau qui doit tuer le roi, c'est qu'il n'a pas l'argent nécessaire pour en acheter un.

Enquis de quoi il s'entretenait : « a dit qu'il avait 80 écoliers, « dont gaignait, et de ce qu'il réservait, faisait le voyage à Paris. « Enquis pourquoi il est venu à Paris? Dit qu'il est venu pour « poursuivre des procès qu'il a au Parlement contre les adjudica- « taires des biens de Geoffroy Pleyar, lequel procès a été jugé il y « a longtemps et était à Paris pour faire taxer les dépens ». Quelle est sa conduite, quelles sont ses mœurs pendant cette période? On lui reproche d'avoir eu une vie méchante, outrageant son père et sa mère réduits à la mendicité. Il se récrie vivement et se défend de cette accusation disant que son père et sa mère sont encore vivants, qui diront tout le contraire comme aussi tout le peuple.

Ravaillac a été condamné à la prison : « Quelque temps après, « dit Mézerai dans son abrégé, il avait été emprisonné pour un « meurtre, dont pourtant il ne fut point convaincu. » Dans son interrogatoire, Ravaillac dit « qu'ayant été prisonnier à Angou- « lême, pendant qu'il y était retenu pour dettes ».— Si Mézerai dit vrai, le délire des persécutions aurait, selon toute probabilité, quelques années avant le meurtre d'Henri IV, produit déjà un effet homicide. — Mathieu parle de cette accusation et de la réponse de Ravaillac à ce sujet. Un conseiller lui dit qu'il eût été bon pour la France qu'il eût été puni de ce meurtre, car il n'eût pas tué l'oingt du seigneur et le roi très chrétien; il répondit : « c'est la « question de savoir s'il était roi très chrétien. »

« Enquis s'il est marié, a dit, non. S'il l'a été, non. »

Ravaillac a dû vivre très chastement; dans aucune partie de son interrogatoire, on ne parle d'une femme quelconque; de plus les sentiments religieux qui l'animaient profondément, qui lui faisaient désirer d'être moine. le retenaient et l'empêchaient de commettre le pêché ; du reste, chez certains malades atteints de manie raisonnante, nous retrouvons parfois cette chasteté poussée au point que cet excès de continence semble être pour quelque chose dans leur excitation maniaque. Ravaillac non plus ne se livre pas à l'alcoolisme; bien qu'il soit d'un pays producteur de vin, son abstinence de ce côté est complète; il n'a pas d'argent pour en acheter et la quantité de vin que les parents de ses élèves lui donnent n'est ni assez abondante, ni assez fréquente pour amener des excès.

Ce qui nous frappe le plus dans l'état mental de Ravaillac, c'est l'excès de ses sentiments religieux : à Angoulême il fréquente des religieux jacobins où il allait entendre la messe et vêpres; il veut être moine chez les Feuillants et il entre comme frère convers dans cet ordre; s'il quitte le couvent, c'est contre sa volonté, on le renvoie à cause de ses rêveries extravagantes, à son grand regret. Il conserve comme son père spirituel Dom François Sainte-Marie Magdeleine, le provincial des Feuillants, qui lui permet les méditations. Lorsqu'il vient à Paris, il va visiter tous les couvents et s'y confesser; il parle à Noël au curé de Saint-Séverin, au père d'Aubigny chez les jésuites de la rue Saint-Antoine : « enquis pourquoi il s'est adressé au père d'Aubigny, « répond qu'il eut la volonté de se faire jésuite ou le prier de « parler à son provincial pour le faire rentrer aux Feuillants ». Le matin de l'assassinat, il va entendre dévotement la messe à l'église. Saint-Benoît.

Il éprouva un immense chagrin de n'être reçu ni moine, ni frère-lai aux Feuillants; lorsqu'il en parle, il verse des larmes, s'abandonne au désespoir et montre combien ce fait l'a troublé et a eu de l'influence sur le développement de sa maladie; ce n'est qu'en parlant de sa non-admission au couvent, qu'il pleure, tout le reste le laisse insensible.

La folie de Ravaillac. — Ravaillac était dans l'état d'esprit que nous venons de décrire, lorsqu'il fut atteint de la maladie mentale qui alla se développant peu à peu pour aboutir au délire des persécutions, et à la manie homicide. — La durée de l'affection fut de six années environ. Comme nous l'avons dit, c'est surtout dans les interrogatoires de son procès que nous avons trouvé la preuve de la folie; malheureusement pour nous, ils étaient faits au point de vue de la recherche des complices, nullement au point de vue des symptômes de la maladie; aussi n'est-ce qu'incidemment qu'on parle de ce qui nous intéresserait le plus; il faut souvent se contenter d'un mot ou d'une courte phrase : une fois seulement Ravaillac raconte dans une longue période, ses hallucinations, D'autre part, comme les juges, ignorants des symptômes de l'affection mentale, attribuaient au diable et à la possession, ce que Ravaillac attribuait à Dieu lui-même, il semble que le président qui l'interroge ait peur que Dieu ait commandé vraiment cet assassinat à Ravaillac; aussi lorsque celui-ci parle de ses voix et de ses visions, on se garde bien de lui demander des explications à ce sujet, et, s'il en donne, le greffier ne les transcrit pas, comme nous le verrons au moins une fois.

Ravaillac avait des hallucinations comme en témoignent les parties d'interrogatoire où il parle de ses visions et des choses étranges qui lui arrivent. (1)

Dans le premier interrogatoire : « D. Enquis sur ce qu'il dit avoir voulu parler au Roi, pour l'induire à faire la guerre aux protestants, et qui lui avait donné ce conseil?

R... a dit que *c'est chose qui passe la connaissance de ses juges* et qu'il dira la vérité au prêtre, et non ailleurs.

Dans le deuxième interrogatoire.

D. Enquis combien il a eu l'habit de Feuillant, et pourquoi l'a laissé?

(1) A Saint-Claude dans le Jura, il y a dans l'Eglise un tableau où sont représentés les deux coquins savoir : Jacques Clément et Ravaillac couronnés par un ange.

R. a dit qu'il l'a eu environ six semaines, et qu'on lui a ôté pour ce qu'il avait eu des visions en ses méditations.

Et sur ce enquis? dit qu'il l'avait depuis redemandé, mais lui avait été refusé *à raison des dites visions.*

Enquis de quelle vision, il parla au père d'Aubigny? a dit qu'ayant « été prisonnier à Angoulême, pendant qu'il y était « retenu pour dettes, avoir eu des visions, comme des sentiments « de feu, de soufre et d'encens et qu'étant hors de la prison, le « samedi après Noël, de nuit, ayant fait sa méditation, a continué « les mains jointes et pieds croisés dans son lit, avait senti sur « sa face couverte et sa bouche, d'une chose qu'il ne peut discerner, « parce que c'était l'heure de minuit; et étant en cet état, eut « volonté de chanter les cantiques de David commençant : « *Dixit* « *Dominus...* » jusques à la fin du cantique, avec le *Miserere* et le « *De profondis* tout au long, et lui semble que les chantant, il « avait à la bouche un trompette, faisant pareil son que le trompette « à la guerre. » (1)

« Le lendemain matin, s'étant levé et fait sa méditation à « genoux, recollégé en Dieu, en la manière accoutumée, se lève, « s'assit en une petite chaise devant le foyer, puis s'étant passé un « peigne par la tête, voyant que le jour n'étant encore venu, « aperçut du feu à un tison, s'achève d'habiller, prend un morceau « de sarment de vigne, lequel ayant allié avec le tison où était le « feu, mit ses deux genoux en terre et se prit à souffler, vit « incontinent aux deux côtés de sa face, à destre et à senestre, à « la lueur du feu qui sortait par le soufflement, des hosties sem- « blables à celles dont l'on a accoutumé faire la communion aux « catholiques, en l'Eglise de Dieu; et au-dessous de sa face, au « droit de sa bouche, *voyait* par le côté un roulleau (une hostie) « de la même grandeur que celle que lève le prêtre à la célébration « du service divin à la messe; dont il avait fait révélation audit « d'Aubigny, qui lui fit réponse, qu'il ne devait s'arrêter à tout « cela; craignant qu'il eût le cerveau troublé, devait dire son « chapelet et prier Dieu. »

Ces hallucinations de la vue et de l'ouïe indiquent d'une manière absolument certaine, l'état d'aliénation mentale de Ravaillac. Il eut d'autres hallucinations de la vue et de l'ouïe pendant lesquelles

(1) J'ai recueilli l'observation d'un malade atteint de la même hallucination de l'ouïe; toutes ses paroles même, lorsqu'il parle à voix basse, passent, dit-il par une trompette, et sont entendues à cinq kilomètres.

Dieu lui ordonna de tuer le roi, s'il ne convertit pas les huguenots à la religion catholique. Ces hallucinations ne sont pas décrites par lui aussi bien que celles des hosties, mais on peut les recomposer, pour ainsi dire, par les autres réponses. Il est probable que dans l'interrogatoire, les hallucinations furent racontées et qu'on ne voulut pas les transcrire à cause du grand scandale qui aurait pu se produire à ce sujet. Ravaillac disant avec la plus entière bonne foi, que Dieu lui avait parlé et lui avait commandé le meurtre, devait troubler profondément ses juges, ignorants des choses de l'aliénation mentale; aussi pour eux, c'était le diable qui avait pris la forme et la voix de Dieu; ils le diront plus tard du reste, en tâchant de persuader Ravaillac qu'il a été trompé par le démon, prenant la voix de Dieu pour lui commander l'assassinat.

Voici les réponses de Ravaillac, prises dans différentes parties de son interrogatoire, qui dénotent le délire homicide.

« D. — Enquis, s'il demanda audit père d'Aubigny, qu'*ayant* « *eu des visions, qui passaient la puissance commune, même de* « *tuer les rois,* il s'en fallait confesser ». — Cette demande implique nécessairement le fait que Ravaillac vient de décrire à ses juges les visions de Dieu qu'il a eues, concernant le meurtre du roi. — Ailleurs : « Et lui donna à entendre à iceluy d'Aubigny *plusieurs visions précédentes de ses méditations.* »

Lorsqu'il revint de Paris, au mois de janvier, il alla à Angoulème visiter un cordelier, Gilles Osère, pour lui conférer de ses *visitations et méditations.* Peu de jours après, ledit accusé s'en alla à la messe au même monastère des cordeliers d'Angoulème, se réconcilia avec Dieu et se confessa de *cet homicide volontaire.*

D. — Et enquis d'interpréter ce mot de volontaire.

R. — A dit « que c'était de venir en cette ville, *en intention de tuer le roi.* »

Enfin, dans son troisième interrogatoire, il avoue d'une manière très nette qu'il a eu des hallucinations pendant lesquelles le meurtre du roi a été commandé, c'est ce qu'il appelle avoir des visions de choses étranges, comme vouloir tuer le roi.

D. — Remontré qu'il s'est découvert à un cordelier, lui ayant demandé quand l'*on a des visions de choses étranges, comme vouloir tuer le roi,* s'en faut confesser ?

R. — A dit que la vérité est qu'il a fait cette consultation, mais n'a pas dit qu'il le voulait faire.

D. — Enquis avec qui il avait fait cette consultation ?

R. — A dit un jeune Lefebvre, cordelier, auquel demanda *si*

ayant eu tentation comme de tuer le roi, s'il s'en confessait en pénitention, il serait tenu de révéler? Ledit Lefebvre, interrompu, ne répondit pas.

Il parle de *ses imaginations* à un cordelier près le Bourg-la-Reine.

D. — Enquis de ceux qu'il a fréquentés depuis qu'il a volonté d'exécuter son intention.

R. — A dit qu'il ne fréquentait que des religieux de son pays, qui sont aux jacobins.

D. — Enquis quel propos et s'il leur a parlé de ses visions ?

R. — A dit que oui, leur faisant entendre ce qu'il a dit aux autres. Lorsqu'il est à Paris et qu'il veut s'approcher du roi, il s'adresse, pour avoir une audience, à plusieurs grands seigneurs, *leur parlant de ses visions.* — La reine Marguerite, la reine divorcée, première épouse d'Henri IV, par une bizarrerie curieuse, avait été invitée par le roi aux fêtes du couronnement de Marie de Médicis, sa deuxième femme. Ravaillac va la trouver à Paris et *declare ses visions* à un écuyer de cette reine nommé de Ferrate : — il ajoute qu'il est assez homme de bien pour parler au roi, et peut-être, s'il eût parlé au roi, eût perdu sa *tentation.*

Il s'adresse encore au secrétaire de Mme d'Angoulême, la femme du fils de Charles IX et à l'aumônier de M. le cardinal du Perron, qui lui conseilla de se retirer en sa maison et de ne plus songer à ses imaginations.

Je cite ces faits qui se passent pendant les journées qui précèdent l'assassinat, pour bien montrer qu'à ce moment Ravaillac était entièrement sous l'empire de l'obsession homicide produite par les hallucinations, puisqu'à tout le monde il parle de *visions, de choses étranges* et de *tentations.*

Remarquons, en passant, que parmi les personnes qui ont connu les visions de Ravaillac, deux ou trois des plus instruites ne doutent pas de la folie du personnage et le lui disent ouvertement. Le principal des Feuillants, qui lui ôte l'habit de son ordre, et plus tard refuse de le lui rendre, parce qu'il a l'esprit dérangé.

Le père d'Aubigny qui, une première fois, à propos de ses visions, lui répond « qu'il devait ôter tout cela de son « esprit, croyant que c'était plus imagination que visions qui « procédaient d'avoir le cerveau troublé, comme sa face démon- « trait, devait manger de bons potages et retourner en son pays. »

Enfin, l'aumônier du cardinal du Perron, nous venons de le voir, lui parle de la même façon.

Pour Mathieu, l'historiographe du roi, témoin oculaire, la folie n'est pas douteuse.

Le délire des persécutions pendant les cinq mois qui précédèrent le crime. — Nous allons suivre pas à pas Ravaillac, depuis les fêtes de Noël jusqu'au 14 mai, jour de l'assassinat, en montrant que tous ses actes ont été inspirés par l'idée maladive qui s'est emparée de lui.

Tout d'abord, il ne veut pas tuer le roi, il veut seulement lui parler; lui dire de la part de Dieu, de ranger les huguenots à la religion catholique; il vient trois fois à Paris dans ce but. Il fallait que l'obsession fut bien grande, pour faire ce voyage si long à pied, au cœur de l'hiver, en mendiant son pain, gardant le peu d'argent qu'il a gagné pour les dépenses de son hôtellerie. Il retourne chez lui lorsque le délire des persécutions est moins fort, mais l'obsession revient bientôt; il tâche de ramasser un peu d'argent et le voilà reparti. Son premier voyage fut peu avant Noël; il parle de ses hallucinations au curé de Saint-Séverin et au père Sainte-Marie-Madeleine des Feuillants; il retourne dans son pays et passe les fêtes de Noël à Angoulême; treize jours après Noël, il part de nouveau à Paris, reste quinze jours à faire le voyage, toujours mendiant sur la route des vivres et le logement, souffrant du froid et de la faim, dans un état de misère physique et morale qui devait augmenter la maladie mentale et les hallucinations. Arrivé à Paris, il veut entrer au Louvre, mais les Archers qui gardent les barrières le mènent au Grand Prévost qui lui dit que le roi est malade et le renvoie. Il erre dans les rues autour du Louvre avec son idée fixe de parler au roi. Quelques jours après il rencontre Sa Majesté en son carosse près Saint-Innocent et court après la voiture; il crie : Sire, au nom de Notre Seigneur Jésus-Christ que je parle à vous; mais on le repoussa avec une baguette ne le voulant ouïr parler.

Il erre dans les rues, n'ayant plus d'argent pour acheter du pain il va mendier sur la route de Saint-Denis. Le père d'Aubigny à qui il raconte ses visions, lui dit qu'il a le cerveau dérangé et lui conseille de retourner chez lui. Il part, et retourne à Angoulême où il arrive à la fin du mois de janvier; jusqu'à Pâques il semble que l'obsession n'est plus aussi forte.

Mais à ce moment se préparent de graves événements politiques

qui vont être, lorsque Ravaillac les connaîtra, une cause de surexitation très grande pour un cerveau malade; je veux parler de la guerre de Cléves et Juliers : Le 4 janvier, le prince d'Anhalt ambassadeur de l'électeur palatin et du duc de Wurtemberg, était arrivé à Paris; le roi l'avait reçu avec toute bienveillance, et promesse qu'il donnerait secours aux princes protestants unis.

Pendant les trois premiers mois de l'année, on fait des préparatifs de guerre, immenses pour le temps; c'est le prince de Rohan, un huguenot, qui commandera les six mille hommes levés en Suisse; c'est le duc de Sully, un protestant aussi, qui fait conduire sur les bords de la Marne, les canons de l'arsenal, avec quantité de poudre, boulets, chariots et autres engins de guerre. Quatre mille gentilhommes et gardes du roi doivent l'accompagner, et parmi eux l'élite du parti protestant.

Que disent de cette guerre les diplomates : « Henri IV veut se servir de cette querelle, pour se venger des embûches que les espagnols lui dressent continuellement, et pour cela il veut s'emparer de la Flandre espagnole et arracher l'Empire des mains des Princes d'Autriche, en faisant élire empereur, le duc de Bavière. »

Que disent les soldats ? que disent les gens du peuple? que disent les curés dans leurs chaires? Le roi, maintenant qu'il est fort, veut faire la guerre aux princes catholiques, *même au pape*, et remettre en honneur la religion réformée.

Que croit Ravaillac ? Il raconte qu'étant à Angoulême, dans la maison d'un nommé Belliart catholique, avait entendu ceci : que l'ambassadeur du pape est venu dire au roi, que s'il faisait la guerre au pape, il l'excommunierait; sa Majesté a fait réponse, que ses prédécesseurs avaient mis les papes en leur trône et que s'il l'excommuniait, l'en déposséderait; « ce qu'ayant entendu, Ravaillac *se résolut du tout de le tuer.* »

Il achète une gravure où sont peintes les armes de France, à côté deux lions, l'un tenant une clef, l'autre une épée, et il écrit au-dessus des lions les deux vers suivants :

> Ne souffre pas qu'on souffre en ta présence
> Au nom de Dieu aucune irrévérence.

C'est un symptôme de cette forme d'aliénation de faire de mauvais vers et de leur attribuer une grande importance; pour Ravaillac, cette gravure, qu'il portera toujours sur lui,

marque dans son esprit son intention de tuer le roi ; il le dit dans son interrogatoire.

Les bruits de guerre du Béarnais contre le pape, qui se propagent de plus en plus dans l'Angoumois, les jeûnes du carême et de la Semaine-Sainte, les sermons exaltés et les cérémonies religieuses des fêtes de Pâques ont amené une nouvelle surexcitation dans le cerveau du pauvre fou ; les hallucinations sont plus graves, l'idée obsédante qui avait cessé depuis le premier dimanche de carême, reparaît de nouveau : il ne résiste plus et « dès lors de son partement, *il reprint sa volonté de tuer le roi.* »

Comme de coutume, son voyage se fait à pied, comme de coutume aussi, il souffre de la faim, de la fatigue, des intempéries du temps : notons la folie durant la route. Proche Bourg-la-Reine, il rencontre un cordelier nommé Lefebvre, qui le loge en son logis ; *il lui parle de ses imaginations.* Il arrive le 18 avril à Paris ; huit jours après son partement, il a marché beaucoup plus vite que pendant les voyages précédents ; l'obsession le talonne. Dans la capitale, il interroge les soldats et sa résolution est renforcée par leurs réponses ; « Que si le roi voulait faire la guerre au pape, on l'assisterait et mourrait pour cela. » Ces propos avaient révolté les sentiments religieux de Ravaillac et l'avaient convaincu de la nécessité de tuer le roi : « Par laquelle raison s'est laissé persuader à la tentation qui l'a porté de tuer le Roy, parce que faisant la guerre contre le pape, c'est la faire contre Dieu, d'autant que le pape est Dieu et Dieu est le pape. »

C'est alors qu'il va trouver le père Osère pour lui parler *de ses méditations et visitations*, comme nous l'avons vu précédemment.

Il est logé tout d'abord à l'hôtel des Cinq-Croissants, faubourg Saint-Jacques ; mais il se trouve trop loin du Louvre et veut aller à une hostellerie proche les Quinze-Vingts. Il fut refusé, parce qu'il y avait trop d'hôtes. C'est là qu'il vola, dans la cuisine, le couteau de l'assassinat, « parce qu'il le jugea propre pour faire ce qu'il avait volonté ». Ce couteau ne le quitte plus ; il le place en un sac dans sa pochette ; comme le manche de baleine est peu solide, Ravaillac le fait remplacer par un manche en corne.

Mais à ce moment une détente se produit, l'obsession cesse ; « *les tentations quand elles lui étaient faites, quelquefois y adhérait, quelquefois non* », dit-il dans un interrogatoire. Il quitte Paris, il reprend le chemin d'Angoulême, s'étant désisté de sa volonté, s'en va à pied sur la route d'Orléans. Devant le jardin de Chantelou, il trouve une charrette arrêtée, il appuie la pointe de

son couteau sur le fer de la roue et en casse la longueur d'un pouce pour marquer qu'il ne veut plus s'en servir contre le roi. — Il arrive bientôt près d'Etampes; à l'entrée du faubourg se trouve un *Ecce homo* en pierre enfermé dans une niche; il se met en prières et méditations. Le soleil de mai, les privations, la fatigue d'une longue route ont débilité son corps; devant ce christ aux plaies saignantes, il s'exalte par la prière; les hallucinations reviennent. Mêlant ce qu'il a entendu dire aux prêtres sur les causes pour lesquelles il était nécessaire de tuer le roi, aux propos des soldats que le roi va faire la guerre au pape, c'est-à-dire à Dieu même, l'obsession de tuer lui revient. Il ne résiste plus à la tentation comme il avait fait auparavant. Il retourne sur ses pas, il marche vite, il rentre à Paris. Il refait la pointe de son couteau avec une pierre et cherche l'occasion de trouver Henri IV; mais il apprend que le roi, avant de partir pour la guerre, va laisser la régence à Marie de Médicis, et que le jeudi 13 aura lieu à Saint-Denis une grande fête pour le couronnement de la reine, cérémonie dont, jusqu'à ce jour, le Béarnais ne s'est pas soucié. Le lendemain, samedi 15, devait avoir lieu l'entrée solennelle de la reine à Paris. Ravaillac, estimant qu'il n'y aurait pas tant de confusion en la France si l'assassinat a lieu après le couronnement, attend le lendemain de la cérémonie. Notons ce curieux raisonnement chez cet aliéné au moment où son crime va produire une si profonde révolution.

Le vendredi 14 mai, Ravaillac se lève au jour et sort de son logis entre six et sept heures; il est seul; il va entendre la messe à l'église Saint-Benoît, il ne parle à personne, il erre autour du Louvre et retourne au logis, où il dîne avec l'hôte et un marchand-voyageur. Après le repas, il revient au Louvre, guettant la sortie du roi et faisant état de le tuer dans le palais entre les deux portes. Entre trois et quatre heures de relevée, Henri IV entra dans son carosse; c'était une grande voiture, très basse sur roues, surmontée d'un dais, avec des rideaux qui s'ouvraient et se fermaient comme ceux des lits de la même époque. Il fait entrer avec lui les ducs d'Epernon et de Montbazon, Roquelaure et trois autres et défend à ses gardes de le suivre. Il allait à l'arsenal conférer avec Sully des derniers préparatifs et arrangements pour la guerre de Juliers. Le roi, au lieu d'aller directement à l'arsenal par les rues Saint-Honoré et Saint-Antoine, se détourna de son chemin dans le but de visiter les grands préparatifs qu'on faisait à la porte Saint-Denis pour la cérémonie du lendemain, l'entrée triomphale de la reine.

Ravaillac voit sortir le roi, mais il ne peut s'approcher de lui ; les valets de pieds, les gardes à cheval l'empêchent d'approcher ; la voiture ne va pas vite, les rues sont étroites, les embarras nombreux, il peut suivre en courant jusqu'aux Innocents ; déjà à cet endroit, rue de la Ferronnerie, à un autre voyage, il a rencontré le roi et a voulu lui parler ; il sait qu'à cette place des encombrements se produisent souvent ; il voit la voiture arrêtée par deux chariots chargés, l'un de foin, l'autre de vin ; la rue est formée d'un côté par le grand mur du cimetière, bordée d'échoppes, de l'autre par de hautes maisons à pignons pointus. Les gardes à pieds, munis de baguettes pour écarter les passants, de crainte d'être écrasés, ont pris un sentier dans le cimetière de l'autre côté du mur, et attendent le roi à l'autre bout de la rue ; les gardes à cheval s'occupent de rétablir la circulation.

Ravaillac se glisse entre une voiture et le carrosse. Le roi est assis au fond, à droite, tournant le visage à gauche du côté de M. d'Epernon ; tous les yeux sont tournés du côté des échoppes ; personne n'a vu l'assassin s'approcher, tirer son poignard, et, passant son bras au-dessus de la roue du carrosse, enfoncer le couteau dans le cœur d'Henri IV et le retirant, lui faire une seconde blessure. — « Chose surprenante, dit Pierre de l'Etoile, « dans son journal, nul des seigneurs qui étaient dans le carrosse, « n'a vu frapper le roi, et si ce monstre d'enfer, eut jetté son « couteau, on n'eut su à qui s'en prendre ; mais il s'est tenu là, « comme pour se faire voir, et pour se glorifier du plus grand des « crimes. »

En effet, assassin ordinaire, Ravaillac eût jeté son couteau, et eût disparu au milieu des embarras de la rue ; qu'il ait réussi ou non, peu importe, il aurait essayé ; l'instinct de la conservation lui en faisait une loi. Mais Ravaillac est un aliéné, il agit comme un aliéné ; il reste debout, le poignard à la main, non par bravade, comme le dit l'Etoile, mais parce que dans le moment il ressent le soulagement immense de ces pauvres malades, lorsqu'ils sont délivrés de leur obsession ; il ne songe pas à lui, il est indifférent pour sa vie ; il pense à une seule chose : il a accompli la volonté de Dieu : il est plutôt étonné qu'on l'arrête ; il n'a aucun remords ; si, dans ces derniers interrogatoires il se fait l'écho de ceux qui lui crient qu'il a commis un abominable parricide ; si à cause de ses sentiments d'humilité et de déférence envers ses supérieurs, il dit comme eux, que son acte est une mauvaise tentation ; ses réponses dans son premier et second interrogatoire n'indiquent

aucun regret de l'acte commis, on sent même percer la satisfaction d'avoir mené à bonne fin son entreprise. Dans le premier, il dit qu'il n'avait point de regret de mourir, puisque son entreprise était venu à effet. Dans le second, « D. Enquis s'il n'a pas horreur « d'un coup si abominable et préjudiciable à toute la France? « R. a dit qu'il a déplaisir de l'avoir commise, mais parce qu'il « est fait pour Dieu, lui fera la grâce de pouvoir demeurer jusques « à la mort, d'une bonne foi, une espérance et une parfaite cha- « rité (!) et qu'il espère que Dieu est plus miséricordieux et sa « passion plus grande pour le sauver, que l'acte qu'il a commis « pour le damner. »

« D. Remontré qu'il ne peut être en état de grâce de Dieu, après un acte si misérable. »

« R. A dit qu'il espère que notre seigneur tout-puissant, fera « qu'il n'en éprouve aucun inconvénient. »

Comme cette dernière réponse démontre bien qu'il croit avoir obéi à un ordre de Dieu! Dieu m'a ordonné de tuer le roi, dit-il, loin de me punir, il me récompensera d'avoir obéi à ses ordres. Aussi nous verrons que pendant les jours qui suivront, pendant les tourments de la question, comme pendant les affres d'un épouvantable supplice, Ravaillac parlera et souffrira, comme l'eût fait un vrai martyr.

Le supplice. — Pendant les jours qui suivirent l'assassinat, il semble que les hallucinations aient disparu, il semble que le malade soit guéri; plus jamais il ne parle de ses visions; il ne raconte que celles survenues avant le crime; — nous savons que pareille chose arrive chez les aliénés assassins; comme si le délire des persécutions s'était épuisé dans l'acte suprême, but de leur obsession; nous avons lu entre les lignes de l'interrogatoire, nous avons cherché un mot qui indiquât la persistance des mêmes symptômes, nous n'avons rien trouvé.

Immédiatement après l'assassinat, Ravaillac fut conduit à l'hôtel de Retz où il fut gardé par des archers, là le Grand prévost sans jugement, « lui a baillé la question, du chien de son arquebuse, dont il avait les pouces démontés. »

Deux jours après, il fut conduit à la Conciergerie. La tour du milieu de la Conciergerie est appelée tour Bonbec, parce qu'elle renfermait la salle de la question et faisait parler ceux qui tenaient le plus à se taire; au-dessous étaient les oubliettes. Au rez-de-chaussée, se trouve une salle ayant la forme d'une rûche

qui sert actuellement de chauffoir pour les prisonniers. A la clef de voûte pend un anneau de fer, dernier reste du sinistre appareil de la torture. Cette salle servit de cachot à Ravaillac, mais la lumière n'y pénètrait pas. Le 27 mai, la torture lui fut donnée : « Appliqué à la question des brodequins et le premier coing mis; « mis le deuxième coing; — continuant de frapper le deuxième « coing; — mis au bas des pieds le troisième coing; — est entré « en sueur universelle et comme pasmé ». Pendant ce cruel supplice il ne cesse de prier, de demander à Dieu pardon de ses fautes et de déclarer que personne ne l'a poussé au crime, sauf la tentation du diable.

Montant au tombereau pour aller de la Conciergerie au Parvis-Notre-Dame, pour faire amende honorable, de là, à la grève : nu, en chemise, tenant une torche ardente du poids de deux livres; il est insulté, menacé à grands cris par l'immense foule remplissant les rues. Ravaillac reste insensible et continue ses oraisons et actes de contrition; « sur l'échafaud il est tenaillé aux « mamelles, bras, cuisses et gras des jambes, sa main tenant le « couteau est brûlée au feu de soufre; s'est écrié à Dieu et plusieurs « fois dit : Jésus, Maria! Par après tenaillé, il a réitéré les cris « et prières; plusieurs fois admonesté à reconnaître la vérité, n'a « dit que comme au précédent. Et le peuple, avec grand rumeur, « crié et répété les opprobres et injures, disant qu'il le fallait là « laisser languir; puis avec intervalle, le plomb fondu et huile « bouillante, poix et résine brûlante, cire et soufre fondus ensemble « sont jetés sur les plaies où il avait été tenaillé, a continué plus « hautement ses cris, mais a dit : n'y a que moi qui l'ai fait. »

Ses membres sont attachés à la queue de quatre chevaux tirant en sens contraire. « Fait tirer les chevaux environ demi-heure; « par intervalles arrêtés. Enquis et admonesté, a persévéré en ses « dénégations, et le peuple de toutes qualités qui là étaient proches « et loing, continuaient ses clameurs et témoignages de ressen-« timent du malheur de la perte du roi; plusieurs mis à tirer les « cordes avec telle ardeur, que l'un de la noblesse qui était proche, « a fait mettre son cheval au lieu de l'un de ceux qui étaient recrus, « et enfin par une grande heure, tiré sans être démembré, a rendu « l'esprit, et lors démembré, le peuple de toutes qualités, se sont « jetés avec épées, couteaux, bâtons et autres choses qu'ils « tenaient, à frapper coups, déchirer les membres ardemment, « mis en diverses pièces, ravis à l'exécuteur, les traînant qui çà, « qui là, par les rues de tous côtés avec telle fureur que rien

« ne les a pu arrêter, et ont été brûlés en divers endroits de la « ville. »

En lisant cet affreux supplice appliqué à un irresponsable, on ne peut s'empêcher de plaindre le pauvre misérable et de ressentir pour lui une certaine pitié. Il serait intéressant avec les idées qui règnent actuellement au sujet des malades persécuteurs, de savoir ce qui se passerait, soit dans le public, soit dans les tribunaux, soit enfin chez les médecins aliénistes, si un Ravaillac se produisait aujourd'hui. Il nous sera facile de le comprendre en nous basant sur des procès récents. Avant le crime, si l'on suppose qu'il ait été interné pour cause de manie raisonnée avec délire des persécutions, le public aurait crié à la séquestration arbitraire; la plupart des journaux auraient pris fait et cause pour le malade contre le médecin et auraient publié des articles à sensation à ce sujet, les petits journaux auraient donné un roman d'actualité, délices des concierges, dans lequel un infâme directeur d'asile aurait séquestré dans un horrible cabanon, un jeune héros, sain d'esprit, ou une belle héroïne plus saine encore. Un préfet peut-être aurait cru bien faire de céder à la pression de l'opinion publique et de donner tort à l'aliéniste : *vox populi, vox Dei*. Après le crime, revirement à vue dans le public : tout le monde se récrie contre les médecins qui laissent errer en liberté des aliénés criminels; quelques-uns même, les accusant d'ignorance, demandent qu'ils soient rendus responsables : les petits journaux ne manquent pas de dire que, si on laisse des personnes non aliénées pourrir dans des cachots, par contre, on laisse les vrais fous se promener sur les routes et compromettre la sécurité publique.

Que feraient aujourd'hui les membres des tribunaux, en présence d'un aliéné comme Ravaillac? Avant le crime, s'il eût été interné, quelques juges sans tenir compte de l'avis des médecins, l'auraient mis en liberté en vertu de l'article 29; mais la plupart rendus prudents, soumettraient le malade à l'examen d'un ou de plusieurs aliénistes et rendraient un arrêt conforme au rapport médical. Dans leur for intérieur, quelques-uns ne sont peut-être pas persuadés que les médecins ont raison, mais ils hésitent à prendre la responsabilité de la mise en liberté de malades déclarés dangereux par un médecin. Après le crime, que feraient les mêmes magistrats? Il est loin le temps, où le pauvre aliéné était mis à la question, torturé, tenaillé, démembré à quatre chevaux par arrêt de grands magistrats qui se nommaient Jeannin, Bullion, et Achille de Harlay; aujourd'hui, il ne serait condamné ni à

l'échafaud, comme la chose s'est faite au commencement du siècle, ni même à la simple prison. Le criminel reconnu aliéné par la science, serait reconnu non coupable par la loi; on prendrait contre lui des précautions, on ne le punirait pas.

Enfin, quel est ou quel doit être le rôle des médecins aliénistes en présence d'un aliéné persécuteur comme Ravaillac? Tandis que dans le procès du meurtrier d'Henri IV, les mots de maladie et de médecin ne sont jamais prononcés, avant comme après le crime, aujourd'hui, il en est tout autrement, le rôle de l'aliéniste est prédominant. C'est lui qui, avant le crime, en présence d'un malade comme Ravaillac, demande et obtient l'internement. C'est lui qui, après le crime, fait connaître aux membres du jury et de la magistrature l'irresponsabilité du malade et obtient l'acquittement; c'est lui ensuite qui, par voie administrative, le fait séquestrer, parce qu'il sait qu'un aliéné homicide, malgré les apparences de guérison, retombe toujours dans le délire qui le pousse au crime (1).

3e QUESTION : DE L'ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES

M. le Président. — La parole est à M. Lacour pour le développement des conclusions de son rapport.

M. Lacour. — La question de l'assistance des épileptiques ne soulève aucun point de doctrine.

Elle ne s'applique pas aux riches. L'hygiène et la thérapeu-

(1) L'arrêt du Parlement qui condamnait Ravaillac au supplice disait que pour abolir le nom d'un si exécrable parricide, et purger la France d'une tant abominable race, les père, mère, frères, sœurs et autres parents portant ce maudit nom, seraient bannis à perpétuité du Royaume, en sortiraient dedans quinzaine sans autre plus long délai, pour disposer de leurs biens.

Cette famille se retira en Franche-Comté qui était terre espagnole, et vint habiter Rosnay, hameau de Lavigny dans le Jura, sous leur nom véritable de Ravaillard.

En 1850 les descendants étaient au nombre de quatre: une vieille fille âgée de 70 ans, difforme, presque naine, très large d'épaules, d'une intelligence ordinaire; depuis sa jeunesse elle était domestique dans la même famille, très attachée à ses maîtres; d'un bon caractère, elle servit de bonne à un confrère, médecin aliéniste, qui m'a donné ces renseignements; un frère aîné vigneron, grand chasseur, très rusé, mais honnête homme, est mort laissant une fille mariee loin du pays; un autre frère, mauvais ouvrier, vagabond, célibataire, quitta le pays, et alla mourir à Vienne en Dauphiné. Le nom est donc éteint.

tique leur donnent le moyen de se défendre, les uns dans une mesure variable, les autres avec assez de succès pour échapper à la déchéance intellectuelle et prendre part aux diverses manifestations de la vie sociale.

Il s'agit ici uniquement des pauvres, des petits pour lesquels on voudrait pouvoir faire grand. Il m'a incombé de mettre en relief les moyens les plus rationnels pour leur venir en aide et faire cesser un abandon qui aggrave fatalement leur situation.

A Paris, par un compromis louable, l'asile est, *pour les adultes*, un refuge possible, sous le prétexte d'une aliénation passagère; et pour *les enfants* Bicêtre un oasis médico-pédagogique.

Dans mon rapport j'ai montré, après enquête, que, hors Paris, les hôpitaux, hospices, charités, dépôts de mendicité ne recueillaient les épileptiques, qu'à titre provisoire.

Je rappellerai successivement qu'en dehors de cette assistance aléatoire, existent des spécimens d'une assistance réelle et efficace. En première ligne, il faut signaler l'asile du Perron ébauche déjà avancée de ce que sera l'assistance hospitalière à Lyon. Viennent ensuite les *établissements confessionnels* de la Teppe où les redevances des pensionnaires contribuent à la réception gratuite d'un certain nombre d'indigents, les asiles de John Bost où les legs et les annuités concourent au même but et celui de La Devèze où l'aumône et le travail agricole garantissent le vivre de 300 incurables, pour la plupart épileptiques.

La création de ces établissements qui ont leurs similaires à la Rüti en Suisse, et dans la colonie florissante de Bielfeld en Westphalie est la résultante de croyances diverses. Elle répond à une tendance instinctive de la nature humaine si évidente chez les épileptiques qui ont reçu une éducation chrétienne. C'est à cette catégorie de malheureux que Max-Simon a fait allusion en notant le penchant très marqué de beaucoup de convulsifs à la manifestation des sentiments religieux. « A quoi faut-il attribuer, dit-il, cette tendance toute spéciale qui, lorsqu'ils délirent, imprime à leurs conceptions et à leurs hallucinations un caractère de religiosité qui a frappé tous les observateurs. Est-ce au sentiment de leur infirmité, à la triste condition dans laquelle ils se trouvent, au sentiment de répulsion qu'inspire leur état et dont ils ont conscience, sentiment qui les rejette vers celui qui ne repousse personne? »

Ces établissements confessionnels ne doivent être ni envisagés avec dédain, ni vus à vol d'oiseau. Toute tentative de sauvetage

pour de pauvres hères dont si peu de gens ont souci, est digne d'être encouragée. Du reste, la science est parfaitement représentée à la Force, à la Rüti et à Bielfeld. Sans doute, il est regrettable qu'à la Teppe, la thérapeutique reste à l'état d'arcane. Le remède secret, émanation de l'alchimie, n'est plus de nôtre temps essentiellement scrutateur. Je déplore. pour ma part, que le médecin compétent et dévoué, qui a contribué à l'évolution de cet asile si bien ordonné, n'ait pas éventé la formule d'un remède dont il affirme avoir constaté les merveilleux effets. Je suis de l'avis de Magnan : de pareils secrets peuvent être dérobés sans scrupule. Il est des larcins qui ressemblent à des restitutions.

Quelques méritoires que soient les divers modes d'assistance des épileptiques en France et même à l'étranger, une infime minorité en bénéficie. C'est une iniquité sociale contre laquelle les aliénistes n'ont cessé de protester. En fait de protestations, aucunes ne m'ont paru plus topiques que celles des deux médecins qui ont acquis le plus de notoriété au dépôt de la préfecture de la Seine, cet égout collecteur des misères humaines.

En 1877 Lasègue, dans les préliminaires du récit attachant d'une journée passée à la Teppe, disait : « Pour secourir l'épileptique, on force de parti pris la note, et il est retenu comme aliéné temporaire. Convenons que c'est une cruelle chose d'infliger à un homme le programme suivant : vous n'avez rien à prétendre chez nous. Ah ! si vous étiez fou, ce serait autre chose ! A ce point, que le malheureux, prédestiné aux plus redoutables perversions cérébrales, a une chance : celle de réaliser le seul espoir réservé à la folie confirmée. Qu'on ne dise pas que je noircis les côtés sombres du tableau. Voilà assez longtemps que j'assiste à cette lutte sans issue de l'épileptique contre la misère et de la société contre l'épileptique ; j'y ai dépensé mon meilleur vouloir et je suis encore à trouver un homme administratif qui ait prêté l'oreille à ces revendications. »

Legrand du Saulle m'écrivait peu de temps avant sa mort : « Par ce dont je suis témoin, je ne crois pas à la possibilité d'une loi spéciale. Le Conseil d'Etat, qui élabore les lois, ne sort pas de ce raisonnement : ou l'épileptique est fou, et il faut le séquestrer, ou il n'est pas fou, et il importe de le traiter comme convulsif dans les hôpitaux ordinaires. Dans les nombreuses démarches que j'ai faites auprès des divers gouvernements qui se sont succédé, on m'a écouté, on m'a lu, on m'a loué, mais on m'a éconduit comme un gêneur, un illuminé, ou un philanthrope d'occasion. »

Sans la campagne de révision de la loi de 1838, l'assistance des épileptiques resterait à l'état de mythe. Et c'est une bonne fortune pour le Congrès d'entrevoir une ère nouvelle pour les déshérités dont nous avons été, jusqu'à présent, les seuls avocats.

Le projet Reinach pose en principe, sans commentaires, l'assistance des épileptiques. Edité par un journaliste de renom, il a eu les honneurs d'une publicité *urbi* et *orbi*. Il a laissé dans l'ombre un document d'une réelle valeur, le rapport de Bourneville sur le projet de loi adopté au Sénat et présenté à la Chambre des députés. Sa publicité a été si restreinte que je viens seulement de connaître le dit rapport, juste à point, pour en parler aujourd'hui. Ce *rapport* est antérieur *au projet*; il est logique de conclure que c'est l'œuvre du médecin de Bicêtre qui a inspiré au rédacteur de la *République française* le seul article généreux de son manifeste.

Suivant Bourneville, il y a urgence à assister les épileptiques de tout âge. Pour éluder des dépenses trop onéreuses qui, comme en 1838, seraient un obstacle à la réalisation d'une réforme sans limites appréciables, il estime que les asiles d'aliénés, dont le nombre sera légalement complété, doivent avoir *pour les adultes* un quartier annexe. Cet annexe sera divisé en trois sections — 1° les tranquilles, 2° ceux atteints d'excitation, 3° ceux tombés en démence. Quant aux *enfants*, ils seront comme à Bicêtre, réunis aux enfants idiots, aux arriérés, aux crétins, dans une division spéciale.

Le rapport Bourneville transforme le projet du Sénat, consacré exclusivement aux aliénés, en une loi commune à ces infortunés et aux épileptiques. Il est à croire que, grâce à l'autorité médico-parlementaire du rapporteur, la nouvelle législation ne sera pas détournée de son but, comme celle de 1838 qui, au lieu de rester une œuvre de bienfaisance, est devenue une procédure de police.

A Paris, les médecins du dépôt de la préfecture de la Seine et de Sainte Anne ont assez de pouvoir pour tempérer l'omnipotence administrative. Dans les départements, le médecin est primé par le commissaire de police. *L'aliéné ou l'épileptique, même réputé dangereux par certificat*, n'est interné que quand le danger a été constaté par lui seul, séance tenante, comme un flagrant délit.

Quelle que soit la législation qui sortira des débats parlementaires, il importe que le fou ou l'épileptique pauvres associés désormais, soient assistés, sans délai, sur la présentation du certificat

médical et l'attestation d'indigence. En Allemagne, disait Roller à Arthaud qui le visitait à Illenau, les formalités se font après l'entrée du malade.

L'épileptique, une fois admis dans l'annexe à lui destiné, tout ne sera pas fini. Il ne faut jamais oublier qu'il est infiniment moins gouvernable que l'aliéné. Outre sa maladie, il a un état mental particulier. La susceptibilité est le trait dominant de sa nature. Toujours défiant, il est tantôt violent, tantôt timide et obséquieux, souvent impulsif. Le médecin doit savoir démêler les oscillations de l'intelligence du convulsif, les brusqueries de son caractère et la soudaineté de ses déterminations.

La médecine bromurée, sans être une muselière comme le proclamait Legrand du Saulle, dans l'enthousiasme de la découverte de Laycock, est un sédatif puissant, mais non souverain; il lui faut un adjuvant. « La tranquilité de l'âme, a dit excellemment Delasiauve, est nécessaire aux épileptiques. Leur vie doit être réglée et occupée moralement et physiquement. En songeant, ajoute-t-il, combien une existence oisive, sédentaire, est nuisible à l'homme en santé, on conçoit tout ce qu'une vie inerte doit avoir pour eux de funeste et de dangereux. » Hippocrate avait préconisé les exercices corporels contre l'épilepsie. De notre temps, c'est Ferrus qui en a fait la plus large application à la ferme Sainte-Anne pour les aliénés et les épileptiques. Dans sa pratique particulière il eût à s'applaudir de réels succès. Tels sont les quatre cas que Delasiauve a consigné dans son *Traité de l'épilepsie*, où la guérison fut obtenue trois fois par la vie agricole et une fois par la vie des camps, sans la moindre ingérence thérapeutique. Ces guérisons, constatées après plusieurs années d'intervalle, contrastent avec ces relations hâtives, qui concluent trop vite à la guérison définitive.

Le médecin d'un service d'épileptiques doit être investi d'une autorité absolue. Il faut que le choix des servants lui incombe afin qu'ils réalisent strictement la pensée médicale, par leur obéissance et leur dévouement. Ce ne sera pas la partie la moins ardue de sa mission. Ces servants ne seront jamais employés alternativement dans les sections d'aliénés adjacentes à l'annexe des épileptiques. L'expérience a été faite à Yzeure. Ceux-ci étaient délaissés pour les aliénés que les servants préféraient, même lorsqu'ils étaient agités.

Dans les trois catégories établies par Bourneville il y a une distinction importante à signaler. La deuxième et la troisième

formées par les excités et les déments ressemblent à des sections d'aliénés; des préaux et des bâtiments appropriés suffiront. Mais la première catégorie doit être établie sur de larges bases et l'espace ne doit pas être économisé. C'est elle qui constituera le contingent des améliorés, des guéris qui doivent rentrer dans leur famille sous la tutelle bienveillante et permanente de l'asile qui les a abrités. Dans cette catégorie, personne ne doit rester oisif. Pour les femmes, c'est le train de leur vie ordinaire, le ménage et la couture. Les hommes peuvent être utilisés, les uns aux métiers qu'ils connaissent, les autres au jardinage ; enfin les moins capables au cordage, au tissage de la paille, à l'entretien de la propreté.

Pour organiser le travail des épileptiques, il n'y a qu'à constater ce qui se passe dans les asiles publics d'aliénés où le travail est parfaitement ordonné. Ne sait-on pas le parti très rémunérateur qu'on sait tirer de tous les valides dans les asiles privés faisant office d'asiles publics? Dans le quartier de l'Antiquaille, où il y avait *aliénés et épileptiques* de toute catégorie, Arthaud avait rendu rares les non-valeurs et il avait trouvé moyen de créer une ferme dans le domaine du Perron. Un petit pécule excluait toute contrainte et faisait germer la bonne volonté.

Le projet d'assistance des épileptiques par l'Etat est trop bien apparenté pour ne pas aboutir. A l'œuvre, on verra que cette assistance n'est point une utopie rêvée par les aliénistes. Pour qu'elle soit sérieusement instituée et menée à bonne fin, l'intervention médicale doit être admise comme règle absolue et invariable. N'est-ce pas à elle qu'on doit la création et l'organisation de ces asiles si divers, et quelques-uns si remarquables, édifiés pour l'application de la loi de 1838? On peut être sûr qu'elle sera toujours guidée par ces deux objectifs, science et bienfaisance.

M. Rey (*de Marseille*). Tous mes collègues ont lu, comme moi, le très important et très intéressant rapport de M. Lacour sur l'assistance des épileptiques.

Je n'ai, certes, rien à ajouter aux considérations générales qu'il renferme, ni à l'exposé très complet de l'état de cette grave question.

Mais je pense qu'il y aurait quelque profit à tirer des renseignements que chacun de nous peut apporter à cette tribune, renseignements puisés dans son service hospitalier et dans la région où il observe.

Pour ma part, je vous demande la permission de vous entretenir, un instant, de la situation des épileptiques dans le département des Bouches-du-Rhône, et plus spécialement de l'Asile de Marseille.

Pour les épileptiques simples, à Marseille, ville opulente, comme l'a dit M. Lacour, « il y a porte close »; aucun établissement ni en ville, ni dans le département ne leur est ouvert. Pourtant l'épilepsie y est très fréquente.

Dans l'impossibilité de faire un dénombrement complet de ces malades, j'ai, à l'exemple de Lunier, relevé le chiffre des jeunes gens réformés pour cause d'épilepsie, dans ces cinq dernières années ; soit : 66 sur 21.984 conscrits.

La proportion est donc de 30 pour 10.000 ou 3 pour 1.000.

La statistique de Lunier, portant également sur cinq années, de 1873 à 1877, donnent 48 réformés pour 16.160 conscrits. Soit une proportion de 29,7 sur 10.000, bien près de 3 pour 1.000. Il y aurait donc une légère progression dans le nombre des réformés pour cause d'épilepsie.

Calculée pour la France entière, cette proportion, toujours d'après Lunier, est de 16,44 pour 10.000. On voit quelle place défavorable occupe, dans la statistique, le département des Bouches-du-Rhône.

Ces chiffres peuvent donner une idée suffisamment exacte de la situation, bien qu'il ne soit question dans ces relevés que des jeunes gens ayant atteint l'âge de la conscription. Ce qui élimine les enfants, les adultes de plus de vingt-un ans et les femmes.

Les moyens d'assistance ne manquent pas absolument; mais ils sont bien restreints et bien défectueux.

L'administration des hôpitaux et hospices de Marseille a, à sa charge, quelques enfants épileptiques entretenus à l'hospice de la Charité. Autrefois, elle avait demandé leur admission à l'asile des aliénés. Elle lui fut refusée, bien entendu. Ces malades, mêlés aux autres pensionnaires, n'ont pas d'installation spéciale.

Le département entretient des boursiers à la Teppe. Chaque année, le Conseil général prévoit, dans son budjet, un certain nombre de bourses; mais il n'y a actuellement que quatre titulaires de ces bourses et deux seules demandes attendent des vacances.

Les demandes sont rares à cause de l'éloignement imposé aux malades et, de plus, elles restent longtemps en souffrance par suite de l'insuffisance des places à la colonie. Ce mode d'assistance est loin de répondre aux besoins de notre région.

Telle est la situation pour l'épileptique simple. Il lui reste, il est vrai, une autre ressource quand le médecin veut bien, par charité et par humanité, user du subterfuge que vous connaissez tous et comme le dit Legrand-du-Saulle, « jeter sur ses épaules la livrée du délire. »

Je me plais à dire que l'administration de l'Asile Saint-Pierre n'est pas restée indifférente aux plaintes que nous avons parfois fait entendre.

Elle n'a pas voulu rester étrangère au mouvement qui se produit en faveur de l'assistance des épileptiques, et permettez-moi de vous dire qu'elle a été vivement encouragée, dans cette voie, par mon excellent collègue M. Boubila et par moi.

La commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre a décidé l'installation d'un service spécial pour les épileptiques simples, dans un immeuble récemment acquis et contigu au domaine de l'Asile. L'insuffisance des locaux n'ayant pas permis de les aménager pour les deux sexes, le projet est établi pour trente épileptiques hommes. Cette destination a fait que j'ai été plus particulièrement appelé à donner mon avis.

Dans un rapport adressé à l'administration j'ai signalé les modifications qu'il m'a paru nécessaire d'apporter au projet. En outre, pour multiplier en quelque sorte les admissions malgré l'insuffisance des places, j'ai demandé que celles-ci fussent réservées aux épileptiques les plus dignes d'intérêt par la gravité de leur état, et que les malades améliorés fussent aussitôt rendus à leurs familles en leur continuant des secours médicaux à domicile.

C'est l'obligation où je me suis trouvé d'étudier cette question de l'assistance des épileptiques, qui m'a décidé à prendre part à la discussion ouverte sur ce sujet. Mais j'ai eu surtout le désir, en vous faisant connaître ce projet, de provoquer vos critiques et de solliciter des conseils pour notre entreprise.

Permettez-moi cependant d'émettre une opinion au sujet de l'hospitalisation des épileptiques en général : si le principe de leur assistance ne soulève aucune objection, l'accord n'est pas aussi parfait quand il s'agit d'en venir à la pratique.

1° Les établissements destinés aux épileptiques simples doivent-ils être isolés, indépendants ou bien doivent-ils former des annexes d'asiles d'aliénés?

2° Doit-on réunir dans un même service les épileptiques simples et les épileptiques aliénés?

Voilà, je crois, les deux questions qui nous intéressent plus particulièrement nous, médecins aliénistes.

Il y a bien longtemps déjà qu'elles ont été agitées à la société médico-Psychologique. C'est à la seconde que je chercherai de préférence à répondre en quelques mots.

Un vénérable maître qui s'est le plus occupé des épileptiques, M. Delasiauve, s'est depuis longtemps déclaré partisan de l'unité de ce service. Je partage cette opinion.

L'observation de ce qui se passe dans les colonies d'épileptiques simples et dans les asiles d'aliénés, me fait penser qu'il y aurait avantage à réunir tous les épileptiques dans un même établissement et sous la même direction médicale.

On sait que l'épileptique simple, traité dans une colonie ou un service spécial et qui présente plus tard quelques troubles intellectuels, ou qui se montre simplement incommode, est promptement transféré dans un asile. Désormais, malgré la persistance des crises, il sera surtout considéré comme aliéné. Dans l'esprit de son entourage la folie aura primé sa névrose. Cette situation qui a des inconvénients graves pour le malade est une source d'embarras pour le chef de service. Ces inconvénients et cet embarras naissent de l'impossibilité de grouper tous les épileptiques dits aliénés dans un seul quartier et de la nécessité de les disseminer dans les autres divisions.

J'ai dans mon service vingt sujets atteints d'épilepsie avec complication de troubles intellectuels. Sur ces vingt épileptiques, dix ont du délire, de l'excitation avant ou après les attaques; ces états sont plus ou moins passagers, plus ou moins durables; cinq n'ont pas de manifestations délirantes; mais, ils sont habituellement très irritables, méchants et souvent agressifs. Les cinq autres ne présentent actuellement aucune trace de délire et ils sont d'un caractère facile. Les attaques s'accompagnent d'omnibulations passagères et c'est tout.

On a bien réservé un quartier spécial à ces malades. Je ne parle pas de son installation; elle est des plus mauvaises; mais pour qu'un pareil quartier pût répondre à tous les besoins il faudrait qu'il fût aménagé de manière à permettre un classement. J'ignore si cet idéal a été déjà réalisé quelque part.

Le passage et le séjour des épileptiques dans les différentes divisions d'un service d'aliénés est subordonné à leur état mental. Il ne peut être tenu que très difficilement compte de la névrose qui reste pourtant la maladie principale et devrait réclamer toute l'attention du personnel.

Au point de vue matériel il n'y a rien, dans ces divisions d'aliénés, qui permette de rendre les chutes moins dangereuses et d'isoler le malade pendant la crise.

M. le Dr Lapointe tout en demandant le placement des épileptiques dans les asiles a fait ressortir lui-même les fâcheuses conséquences de cette situation.

L'épileptique est, avant tout, épileptique, l'état mental n'est qu'une complication, un accident. Le traiter comme un aliéné c'est commettre une erreur et une injustice. Telle n'était pas l'intention de Ferrus quand il faisait bénéficier les épileptiques de la loi 1838.

Telles sont les considérations qui, à mon avis, doivent faire condamner le mode actuel d'hospitalisation des épileptiques aliénés.

Les épileptiques simples, les épileptiques à mauvais instincts, les épileptiques délirants devraient être réunis dans le même établissement; qu'il s'élève dans le domaine d'un asile et en soit une dépendance, ou qu'il forme une colonie distincte, peu importe; mais tout dans son installation, son aménagement intérieur devrait marquer sa destination spéciale.

Les avantages d'une création homogène de l'unité de service seraient, tous les épileptiques assistés comme épileptiques; classement des malades dans différentes divisions où ils retrouveraient partout l'installation et l'aménagement qu'il faut pour des épileptiques, un personnel spécial, des gardiens mieux stylés.

Qu'un épileptique vienne à présenter des troubles intellectuels il ne quittera pas pour cela l'établissement où il a été admis pour sa névrose; l'isolement sera facile.

On sait que les délires sont le plus souvent de courte durée et laissent de longs intervalles de calme et de lucidité et qu'il se produit des améliorations durables; dans les asiles la condition de ces malades ne change guère quelles que soient les variations de l'état mental. Dans les colonies de l'avenir; l'épileptique pourra reprendre sa place dans le milieu qu'un trouble passager lui a fait momentanément quitter et il continuera à jouir d'une organisation créée pour lui.

M. Leriche. — Messieurs, notre éminent rapporteur M. Lacour a établi dans quel état retardataire végète l'Assistance publique des épileptiques hors des départements de la Seine et du Rhône. Ma communication a pour but de préciser un des coins de ce tableau

général, en vous montrant, dans l'histoire d'un Asile départemental voisin, les difficultés contre lesquelles vient se heurter le médecin soucieux de l'importance de sa mission, et, d'autre part, quels résultats encourageants on peut obtenir avec des ressources bien rudimentaires.

J'ai pris, comme médecin en chef, le service de l'Asile départemental de Saône-et-Loire en juin 1876, et j'ai démissionné en 1884. Je me suis, pendant cette période, beaucoup préoccupé de l'abandon dans lequel on laissait les épileptiques, et me suis ingénié à les secourir.

Aucune stastistique médicale n'existant antérieurement, j'ai reconstitué, non sans peine, mais avec précision, celle de l'année 1875, qui avait précédé mon exercice : les épileptiques présents avaient été au nombre de 31, sur lesquels il y avait eu 5 décès, soit 16,12 0/0.

A cette époque, regardant ces malheureux comme impossibles à soulager, on ne leur faisait aucun traitement; je crois même me rappeler qu'il n'existait pas de bromure dans l'armoire de la pharmacie; celle-ci, d'ailleurs, était alimentée par un crédit de 350 fr. l'an pour tout l'établissement, contenant 191 pensionnaires, soit par tête, un sou tous les dix jours. — Encore les médicaments étaient-ils fournis au détail par la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, circonstance plus onéreuse, quelle que fût la modération des tarifs.

C'est avec ces modiques ressources que j'entrepris, dans le deuxième semestre de 1876, quelques ébauches de traitement bromuré et chloralé, pour parer aux cas les plus pressants. Je commençai à faire acheter directement à une maison de gros la droguerie de l'Asile, pour ménager notre chétif capital; je pus ainsi obtenir un deuxième semestre vierge de décès, alors que le premier de la même année 1876 avait présenté près de 3 morts sur 35 sujets, soit 8,57 0/0; la moyenne de l'année était donc à peu près la moitié de celle de 1875.

En outre, j'adressai au Conseil général une demande en supplément de crédit. C'était l'époque où Legrand du Saulle, rappelant les travaux de Falret, d'Arthaud, de Clouston, de Williams, menait son énergique campagne pour le traitement des épileptiques; j'espérais donc pouvoir, en m'abritant derrière ces noms, éveiller quelque intérêt en faveur de mes pupilles. Il n'en fut rien : je fus considéré comme un vulgaire charlatan, et M. le Rapporteur du budjet de l'Asile départemental fit rejeter « comme ne devant

donner aucun résultat » ma demande de crédit pour le traitement des épileptiques (1).

Je ne me décourageai pas, et, grâce au dévouement de M. Siraud, receveur économe de l'hospice, je vis l'année suivante porter mon budjet à 400 fr., puis en 1880 à 500 fr., et à partir de 1881 à 600 fr. J'en réservai une bonne part à mes épileptiques, et, bien que leur nombre ait été presque toujours un peu inférieur au quart du total des pensionnaires, j'estime que je leur attribuai annuellement le tiers des ressources disponibles. Nous ne revîmes plus ce chiffre énorme de mortalité de 16,12 0/0, constaté pendant l'absence de traitement; dans les 4 premières années, où la moyenne des dépenses pharmaceutiques oscilla de 1 fr. 86 à 3 fr. 32 par tête d'épileptique, et par an, la mortalité varia de 3 à 10 0/0 (moyenne 7,20); dès que nous eûmes atteint et dépassé 4 fr. par tête (pour arriver à un maximum de 5 fr.), cette mortalité fut, pour les 4 années suivantes de 0 0/0 (1880 et 1883) à 2,25 0/0 (1881 et 1882).

Le résultat dépassait presque nos espérances. Mais savez-vous par quel artifice spécieux nous étions parvenus à faire augmenter notre crédit de pharmacie? Pensez-vous que les honorables représentants du département s'étaient rendus à l'évidence des faits scientifiques, vulgarisés même par la Presse extra-médicale? Vous n'y êtes point : nous avions réussi à persuader qu'il était convenable de faire pour la distribution des médicaments les mêmes sacrifices que pour la distribution du tabac; et, le crédit du tabac ayant été augmenté, nous avions obtenu un chiffre égal pour la pharmacie.

Donc mes épileptiques fumaient, prisaient et chiquaient; les hommes recevaient même plus de tabac que de bromure; en outre, la plupart d'entr'eux, travaillant comme manœuvres, percevaient une rétribution qui passait généralement en tabac, en vin ou en alcool, et quelques uns rentraient gris de toutes leurs sorties. Je n'ai jamais pu obtenir aucune mesure coercitive à cet égard, — ce qui aurait, paraît-il, compromis la popularité des conseillers influents.

Malgré ces conditions défavorables, il ressort, du tableau que je mets sous vos yeux, que, grâce à une très faible intervention du traitement palliatif, la mortalité a été notablement diminuée.

(1) Voir rapport de M. Isidore Martin au Conseil général de Saône-et-Loire, *séance du 31 août 1876.*

De traitement curatif il ne pouvait, bien entendu, pas être question avec des ressources aussi minimes.

Il y aurait donc beaucoup plus à faire; ce sera une grande et noble gloire pour ce Congrès, s'il parvient à démontrer aux Assemblées budgétaires et aux Administrations d'Assistance publique qu'il y a pour elles un devoir étroit à ne pas donner seulement aux malheureux épileptiques un asile et du pain, et qu'il est inhumain de laisser dédaigneusement ces déshérités « attendre dans les dépôts », comme le dit excellemment M. Lacour, « le naufrage intellectuel complet. »

STATISTIQUE du Service des Epileptiques

à l'Asile départemental d'incurables de Saône-et-Loire

RESSOURCES DU BUDGET DE PHARMACIE	ANNÉES	Nombre es Epilep' ques	Nomb. de décè- ch. pileptiqu.	OBSERVATIONS	PROPORTION p. %
	1875	31	5	Pas de traitements.	16.12
350 f. pour 191 pensionnaires, soit 0 f.05 par tête tous les dix jours.	1876	35	3	Tentatives de traitement dans le 2e semestre seulement, lequel est exempt de décès.	8.57
400 f., dont 1 3 envion réserve aux épileptiques donné par tête pour l'annee 3 f.80	1877	35	1	Malade non traité, trouvé étouffé le visage dans son traversin.	3
400 f. dont 1/3 donné par tête pour l'année 3 f.26.	1878	41	3	Malades non traités ; 1 alcoolique, 2 hémiplégiques	7.31
400 f. dont 1/3 donné par tête pour l'année 3 f.32.	1879	40	4	3 hommes et une femme non traités : 1 idiot, 1 aliéné, 2 paralytiques.	10
500 f. dont 1/3 donné par tête pour l'année 4 f.	1880	40	0	»	0
600 f. dont 1/3 donné par tête pour l'année 5 f.	1881	40	1	Traitement de ce malade interrompu faute de ressources.	2.25
Id.	1882	40	1	Idiot non traité.	2.25
600 f. dont 1/3 donné par tête pour l'année 4 f. 54.	1883	44	0	»	0

M. CARRIER. — Messieurs, notre honorable rapporteur, M. Lacour, nous a fait un tableau remarquable et très complet de l'Assistance des épileptiques tant en France qu'à l'étranger, et, dans l'appréciation des divers moyens employés pour les secourir, il en

arrive à cette conclusion : que tous les modes d'assistance sont bons pour ces malheureux déshérités, que tous ont leur valeur et que l'essentiel : c'est qu'ils existent. Cettte conclusion éclectique se ressent peut-être un peu des difficultés, que l'on a eu pendant longtemps, à faire considérer cette assistance comme nécessaire. Ce que M. Lacour ne nous a pas dit, c'est qu'il est, avec les Delasiauve, Lasègue, Legrand du Saulle, Bourneville, un de ceux qui, par leur initiative et leurs persévérants efforts, ont le plus contribué à faire adopter cette idée de la nécessité de secourir les épileptiques. Joignant l'exemple aux exhortations, il a fondé dans nos hôpitaux de Lyon un service spécial pour ces infortunés et il n'a pas dépendu de lui que ce service soit resté sous sa direction, dans les conditions où, comme il le dit plaisamment, « quand on n'a pas ce qu'on désire on se contente de ce qu'on a ». Il me paraît juste de le rappeler ici et d'en témoigner à M. Lacour, au nom de tous ceux qui s'intéressent au sort des épileptiques, la reconnaissance qui lui est due.

Mais aujourd'hui que l'obligation d'assister les épileptiques n'est plus contredite par personne et qu'elle est sur le point d'être inscrite dans nos lois, la question de principe étant résolue, il importe de préciser davantage et de savoir définitivement par quel moyen il vaut mieux les secourir. Est-ce par des colonies agricoles, en créant des villages d'épileptiques comme à Bielfeld et à La Teppe, ou par des services hospitaliers annexés ou non aux asiles d'aliénés comme à Paris et à Lyon, ou bien encore par l'assistance à domicile? Chaque système a ses avantages et ses inconvénients, l'idéal serait de pouvoir réunir en un seul, ce qu'il y a de bon dans chacun d'entre eux. Appelé depuis huit ans à succéder à M. Lacour dans la direction du service qu'il a créé, j'ai pu étudier pratiquement la question et me rendre compte des difficultés qu'elle comporte. C'est le résultat de mes observations que j'ai l'intention d'exposer dans cette communication.

La recherche d'une bonne organisation d'assistance pour les épileptiques ne peut se baser que sur la connaissance exacte des besoins physiques et moraux de ces malades. Or, ces besoins sont multiples et divers. Les épileptiques se divisent en plusieurs catégories suivant qu'ils ont ou n'ont pas de troubles intellectuels accompagnant leur névrose, que leurs accès sont plus ou moins fréquents, qu'ils sont adultes ou enfants, infirmes ou valides. A chacune de ces catégories doit correspondre une assistance différente.

La distinction entre les épileptiques simples et les épileptiques aliénés a été considérée par beaucoup d'auteurs comme assez subtile. Tous les épileptiques, disait-on, ont ou auront des troubles intellectuels. Cela est vrai, mais seulement dans une certaine mesure, qui ne permet pas, à mon avis, de les confondre. Il me semble difficile d'admettre qu'il n'y ait aucune différence à établir entre un individu qui montre, avec des crises plus ou moins fréquentes, un état mental délirant qui ne lui permet pas de se conduire lui-même, et un autre qui, en dehors de ses accidents convulsifs, se comporte avec intelligence et esprit de suite, s'occupe de ses affaires et peut remplir un rôle dans la société. L'un est un aliéné pour qui l'asile est le refuge d'autant plus nécessaire que son délire peut se traduire par des actes impulsifs qui le rendent exceptionnellement dangereux. L'autre,au contraire,est un homme bien portant dont les aptitudes intellectuelles, ordinairement un peu faibles, ne le séparent cependant pas du commun des mortels. Il serait aussi injuste que superflu de lui imposer un internement forcé. Je crois donc que l'épileptique aliéné a sa place dans l'asile au même titre que les autres aliénés et qu'il est inutile de le comprendre, comme le voudraient MM. Rey et Bourneville, dans l'organisation d'assistance projetée pour les épileptiques en général. En renversant la proposition de M. Rey, je dirais plutôt que l'épileptique aliéné est avant tout un aliéné, qu'il doive son aliénation à la névrose convulsive dont il est atteint, ou, ce qui n'est pas rare, à la prédisposition névropathique qui a engendré chez lui l'une et l'autre, il doit être traité comme un autre aliéné. Mais pour obéir aux prescriptions très judicieuses de M. Rey qui craint que, mêlés dans l'asile aux autres malades, les épileptiques ne reçoivent pas les soins appropriés à leur état, qui empêche de leur consacrer une section spéciale? Depuis longtemps l'asile de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon est pourvu d'un quartier spécial où se trouvent réunies les conditions nécessaires pour assurer les soins que réclament les convulsifs, et je ne sache pas que jusqu'à présent on ait eu à se repentir de cette organisation, qui, du reste, ne paraît pas entraîner de difficultés.

Tout autre, à mon avis, doit être l'assistance offerte aux épileptiques simples, ce n'est du reste qu'à eux que s'appliquent les projets d'assistance que l'on agite aujourd'hui. Parmi ces malades il y a encore des distinctions à établir.

Un certain nombre d'entre eux ont leur névrose compliquée

d'infirmités incurables telles que des paralysies, des contractures, des ankyloses, des déformations du squelette, des atrophies partielles ou totales des membres qui les rendent impropres à toute occupation et en font de malheureux êtres que la société à le devoir d'assister. Pour ces infirmes une hospitalisation continue est nécessaire, on peut la leur offrir dans une infirmerie annexée au quartier d'épileptiques adultes ou dans une section spéciale qu'on leur réserverait dans un hospice d'incurables.

Les adultes sains d'esprit et de corps sont les plus nombreux, ils se divisent en deux classes suivant la fréquence de leurs accès.

Les uns ont des crises rares ne laissant dans leurs intervalles aucune trace du terrible mal. Ceux-là peuvent être assistés efficacement et suffisamment par une consultation périodique, où ils sont inscrits, où tous les détails de leur maladie sont fidèlement consignés, et où enfin ils reçoivent les médicaments qui leur sont nécessaires. Dans l'intervalle des consultations ils restent chez eux, dans leur famille qui les surveille et les soigne; là ils peuvent s'occuper à des travaux sédentaires dont la rémunération, si minime qu'elle soit, vient alléger les charges de la communauté. Ils se rendent utiles, ils vivent de la vie commune sous la tutelle de l'institut qui abrite leurs camarades plus malheureux.

Les autres prennent des crises se renouvelant par périodes ou des crises isolées mais à des intervalles assez rapprochés pour leur laisser peu de répit, ou bien encore en dehors des accès il leur reste un état de malaise qui réclame des soins particuliers. Ces malades sont dans la famille un élément de trouble et d'embarras. Ils doivent être hospitalisés. C'est pour eux que devront être ouvertes les portes de l'institut auquel je faisais allusion tout à l'heure, véritable service d'hôpital où tout doit être disposé pour satisfaire les besoins physiques et moraux qu'ils réclament. Mais doivent-ils être hospitalisés d'une manière définitive ou temporaire ? L'hospitalisation définitive convient aux infirmes, mais pour les adultes valides, je crois qu'elle présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Le plus grand inconvénient, à mon avis, est celui de faire considérer ces malades comme des incurables. Or, n'est-il pas aussi injuste que cruel de taxer tout épileptique d'incurabilité! Nous n'en avons du reste pas le droit, puisqu'il ne nous est pas permis de l'affirmer; et puis, n'est-ce pas détruire en lui la force morale qui lui est nécessaire plus qu'à tout autre pour l'aider à

vivre avec sa terrible névrose? A la porte du refuge offert aux épileptiques gravement atteints, il ne faut pas que ces malheureux abandonnent tout espoir et qu'ils considèrent leur admission comme la confirmation des illusions et des rebus qu'ils ont subis.

Il faut, au contraire, que cet asile soit pour eux un lieu de tranquillité et de paix où, dégagés de tout souci matériel, ils viennent se reposer et recouvrer les forces nécessaires pour aller reprendre la vie commune sitôt que ce sera possible.

L'hospitalisation accordée à titre temporaire a encore cet avantage, c'est de ne pas engager la famille à abandonner son malade et à se désintéresser de son avenir, cette considération a de l'importance pour quiconque s'est occupé d'assistance publique. Du reste, l'expérience de chaque jour nous apprend que l'état de la plupart des épileptiques est modifiable, et cette circonstance entraîne la nécessité de leur offrir des facilités pour passer d'une catégorie dans une autre au fur et à mesure que leur état le réclame. L'hospitalisation temporaire a encore l'avantage (et ce n'est pas le moindre) d'en secourir le plus grand nombre sans multiplier au-delà de ce qui est raisonnable le nombre des places qu'on peut leur offrir, et par conséquent sans que cette assistance soit trop onéreuse. C'est ainsi que pendant mes huit ans d'exercice, avec un nombre de lits qui n'a pas dépassé 122 pour les épileptiques des deux sexes et de tout âge, nous avons secouru 477 malades.

Il reste à savoir maintenant où doit être placé ce quartier d'hospitalisation des épileptiques simples, et comment il doit être organisé. Faut-il nécessairement comme le proposent MM. Rey et Bourneville que ce quartier soit annexé à un asile d'aliénés?

Les raisons qui militent en faveur de cette annexion sont plutôt d'ordre économique que médical. Il est évident que, si le quartier des épileptiques doit dépendre de la même administration que celle de l'asile, il est avantageux qu'il en soit rapproché. Cependant, de l'expérience que l'on a faite de cette organisation, notamment à l'asile de Sainte-Catherine d'Yseure, il résulte qu'elle n'est pas sans inconvénient, et que, dans tous les cas, il faut qu'il y ait séparation complète non seulement pour les malades mais aussi pour le personnel chargé de les soigner.

Quant aux raisons d'ordre médical que l'on a invoquées en faveur de l'annexion à l'asile, je ne les crois pas bien sérieuses, et particulièrement celles que l'on tire des rapports fréquents qui doivent exister entre ces deux institutions. Ces rapports ne sont pas

si fréquents qu'on paraît le supposer, depuis huit ans, sur un effectif de 231 malades hospitalisés, je n'ai eu que *six* fois l'occasion d'ordonner des transferts à l'asile, et je n'ai pas eu à regretter pour mes malades le voisinage de l'asile d'aliénés qui nous manque et que d'autres considèrent comme si utile. D'autre part, de même que j'estime qu'il faut établir une ligne de démarcation bien tranchée entre les épileptiques simples et les épileptiques aliénés, de même aussi je crois que l'organisation intérieure de chacun de ces services doit être différente, et leur rapprochement ne peut que nuire à cette distinction.

En effet, tandis que pour les épileptiques aliénés il suffit d'une section où se trouvent réunis les divers moyens propres à les secourir dans leurs crises, mais où les autres dispositions ne doivent pas sensiblement différer de celles de toute section d'aliénés qui avant tout doit être fermée, pour les épileptiques simples il faut des dispositions qui fassent de leur quartier, un refuge où ils puissent jouir de la plus grande somme de liberté possible, tout en y étant soumis à une discipline spéciale en rapport avec leur caractère, leurs tendances, leurs habitudes et leurs besoins moraux. Il ne faut pas croire qu'il suffise d'assurer à l'épileptique les soins médicaux nécessaires dans des locaux appropriés, il faut encore se préoccuper de leur état moral et des moyens propres à leur faciliter la vie en commun. Ferrus disait : « Je ne « crois pas qu'il faille renoncer aux modifications de l'économie « appartenant à la thérapeutique ; mais j'ai toujours pensé, avec « Hippocrate, que le meilleur moyen de combattre, sinon de guérir « la maladie, devait être cherchée dans le régime, les habitudes, « et les exercices physiques et moraux. » Ce n'est, en effet, que par ces moyens que l'on peut parvenir à modifier heureusement la situation de ces malheureux. La plupart ont des caractères difficiles ; ils sont irritables, vindicatifs, susceptibles et se pliant peu à la discipline. Cet état moral particulier dépend certainement de leur névrose, mais il tient beaucoup aussi, à mon avis, à leur éducation. Tout enfant, l'épileptique est déjà un être isolé ; ses petits camarades ne l'admettent pas dans leurs jeux, ils en ont peur ; s'il se présente à l'école on ne tarde pas à l'en renvoyer, on ne peut pas le garder en contact journalier avec des enfants qui peuvent en être fâcheusement impressionnés ; le voilà sans éducation. Dans la famille, il est un sujet de crainte, quelquefois même de répulsion, on le tient à l'écart. Une fois adolescent, il ne trouve personne qui lui apprenne un métier, il reste sur le pavé, toujours

seul, repoussé de tous. Que faut-il de plus pour exaspérer un être qui pourtant ne se sent coupable de rien? Est il étonnant que son caractère soit aigri, violent, méfiant, soupçonneux et toujours prêt à la révolte?

Mais quelle que soit l'origine de ces dispositions morales, il suffit de constater qu'elles existent et qu'il faut en tenir un grand compte dans les règlements de discipline intérieure qui doivent être appliqués aux épileptiques, et sans lesquels il est fort difficile de les faire vivre ensemble.

Tous ceux qui ont fondé des établissements pour les épileptiques se sont préoccupés de la question de savoir comment ils pourraient faire vivre ces malades en société, et pour la plupart, avec le caractère et les tendances qu'on leur connaît, le problème n'était pas exempt de difficultés. Tous pourtant l'ont résolu par deux moyens : en développant les sentiments religieux et en organisant le travail. C'est en effet, dans cet esprit, que se sont développées les colonies de Bielfeld, de la Teppe ainsi que les institutions de la Force, de Ladevèze et de la Rüti.

Dans tous ces établissements l'esprit religieux domine, dans plusieurs il suffit à moraliser les épileptiques et à assurer la discipline parmi eux. Il est certain que, pour tous les malades qui sont susceptibles d'être touchés par ce moyen, ces institutions rendent les plus grands services et sont dignes de tous les éloges. Le seul reproche qu'on puisse leur faire, et encore n'est-ce pas un reproche de principe, c'est que ce sont des asiles confessionnels s'adressant aux seuls malades dont les sentiments et les croyances sont conformes à l'esprit de l'institut qui les recueille. Pour des malades de tout culte et de toute croyance, comme ceux que doivent recueillir nos quartiers d'épileptiques, tout en assurant à chacun l'exercice de la liberté de conscience la plus entière, l'élément moralisateur par excellence ne peut se résumer que dans l'organisation du travail.

L'oisiveté, déjà si funeste aux gens bien portants, est pour ces malheureux la source de toutes sortes de misères, le travail est pour eux une nécessité de premier ordre sur laquelle on ne saurait trop insister. Il occupe leur esprit excité par de mauvaises tendances, il établit entre eux une émulation favorable à leur tranquillité, il leur fait perdre le sentiment qu'ils pourraient avoir de leur inutilité, enfin il utilise les forces vives qu'ils peuvent encore posséder. Le tout est de l'organiser de la manière la plus propre à le leur rendre utile et agréable. Sur ce point c'est avec

fruit que que l'on s'inquiétera de la manière dont ce principe est appliqué dans la plupart des institutions que j'ai citées et notamment dans les asiles de Bielfeld et dans ceux de la Force. Dans mon service, tous les hommes adultes ont été réunis, sur ma demande, à l'hospice du Perron, vaste domaine rural, admirablement situé, où on les occupe à des travaux de culture et de terrassement qui ont modifié très heureusement leur état général aussi bien que leur disposition d'esprit. J'ai cependant remarqué que, pour beaucoup d'épileptiques bromurés, le travail de la terre est quelquefois trop pénible ; il y aurait lieu de multiplier leurs genres d'occupations en créant des ateliers où ils pourraient apprendre et exercer des métiers moins grossiers et n'exigeant pas des forces physiques dépassant celles que certains d'entre eux peuvent fournir ; j'espère que cette réforme sera bientôt réalisée.

Quant aux femmes, au Perron comme à l'hospice de l'Antiquaille, elles ne cessent de s'occuper au ménage et aux travaux de couture qui leur conviennent particulièrement.

Pour tous il est bon de veiller à ce que les heures de travail ne soient pas trop prolongées et qu'elles soient interrompues par des temps de repos et des récréations où des distractions et des jeux entretiennent la bonne humeur. Tels sont les préceptes que, en partie, nous avons mis en pratique, et dont, jusqu'ici, nous nous sommes généralement bien trouvés.

Il me reste maintenant à parler d'une dernière catégorie d'épileptiques, qui est particulièrement intéressante, je veux parler des enfants. Chez eux, l'épilepsie s'associe si fréquemment à un degré plus ou moins marqué d'idiotie, qu'il est naturel, comme du reste on l'a fait à peu près partout, de confondre dans la même assistance les enfants épileptiques et les enfants idiots. Ainsi compris, ces enfants doivent former une section spéciale, entièrement distincte de celle des adultes, autant parce que leur cohabitation avec les adultes ne peut que leur être préjudiciable, que parce qu'il leur faut une organisation intérieure particulière dont les adultes n'ont pas besoin. L'assistance des enfants épileptiques et idiots se complique, en effet, d'un soin qui leur est tout à fait particulier, c'est celui de les instruire et de les élever. Leur section doit représenter surtout un institut pédagogique, où doivent être organisées des classes variées, depuis celle des leçons de maintien et de mouvements, celle des leçons de choses, jusqu'à la classe primaire supérieure, après laquelle des classes professionnelles doivent venir compléter l'éducation, en donnant

à ces pauvres déshérités le métier qui leur convient,et les mettant à même de remplir dans la société le modeste rôle qui leur est échu. Je n'insisterai pas sur les détails de cette organisation, elle est connue de tous. Notre éminent collègue, M. Bourneville, en à créé à Bicêtre un modèle admirable que nul ne saurait surpasser et qu'il suffit simplement d'imiter. Cette éducation des enfants est la base de l'assistance de tous les épileptiques, c'est elle qui doit les placer plus tard à leur véritable rang dans la société, on ne saurait donc trop y apporter d'attention.

Depuis plusieurs années une section d'enfants a été créée à l'hospice de l'Antiquaille, mais elle est loin encore d'offrir toutes les dispositions que nous voudrions lui voir. Elle consiste pour le moment en une classe faite par une religieuse institutrice. Réduite à cette simple expression, elle a déjà rendu des services marqués, elle ne pourra être complètement organisée que lorsque les malades réunis à l'hospice du Perron y trouveront des locaux suffisants pour que cette organisation puisse recevoir son plein développement.

Tels sont, Messieurs, les modes d'assistance que nous avons commencé à appliquer à Lyon aux épileptiques, et que nous comptons développer. Nous les considérons comme les plus efficaces et les plus facilement applicables à la généralité des malades. Ils sont basés, comme vous le voyez, sur l'idée d'utiliser, autant que faire se peut, les forces vives qui restent à ces infortunés. Ils consistent, en somme : pour les enfants, en un institut pédagogique, où ils puisent l'instruction et l'éducation professionnelle dont, plus tard, ils auront besoin; et pour les adultes, en un qnartier d'hospitalisation provisoire, pendant les périodes aiguës de leur mal, avec la perspective de retourner après dans la famille, où ils continueront à être secourus par une consultation périodique.

Tel est le système que nous avons adopté, mais l'organisation est loin d'en être complète, les meilleures intentions se heurtent parfois à des lenteurs que l'on ne peut que déplorer. Quoiqu'il en soit, nous sommes résolus à le poursuivre avec persévérance. On ne fera jamais assez pour atténuer les conséquences d'un mal qui est bien le plus terrible de ceux qui affligent l'humanité.

M. Ladame. — Voici quelques renseignements sur l'établissement de la Rüti à Zurich-Riesbach, dont plusieurs de nos collègues ont parlé.

Au 31 décembre 1889 :

	Hommes		Femmes		Totaux
Il y avait en traitement...	39	+	48	=	87
Entrés en 1890...........	17	+	32	=	49
Ensemble.......	56	+	80	=	136
Sortis pendant l'année....	12	+	7	=	19
Au 31 décembre 1890......	44	+	73	=	117

Le plus haut chiffre de l'année a été atteint en décembre (120 malades),

Une nouvelle maison va être construite pour les épileptiques adultes hommes, les plans en sont adoptés.

Depuis 1886 au 31 décembre 1890, il y a eu 355 demandes d'admission et 175 malades admis et traités, dont 101 (61 H et 40 F), ayant moins de 15 ans et 74 (18 H et 56 F) ayant au-dessus de 15 ans.

Ces malades ont été traités par les bromures, l'atropine, etc. Le Dr Schulthess-Richberg dit dans son rapport annuel qu'il a obtenu aussi de bons résultats avec l'hydrate d'amylène dans les cas de bromisme accentué.

Le coût annuel d'un malade est d'environ 700 fr., 28 seulement paient plus que ce chiffre. Les déficits sont couverts par des dons ou legs, et des souscriptions privées.

L'établissement n'est pas *confessionnel.* Son personnel (36 employés) est évangélique et s'efforce d'appliquer les principes de l'Evangile d'abnégation personnelle et de dévouement aux malades, mais on y reçoit des malades appartenant à toutes les confessions.

DE L'INFLUENCE DES ATTAQUES D'ÉPILEPSIE SUR LA TEMPÉRATURE

MM. Mairet et Bosc ont fait des recherches sur l'influence que peuvent exercer, sur la température, les attaques d'épilepsie et les attaques épileptiformes; ils ne s'occuperont dans cette communication que des attaques d'épilepsie et même des attaques d'épilepsie isolées, laissant de côté les attaques en série de l'état de mal.

Différents auteurs, parmi lesquels il faut citer en première ligne M. Bourneville, se sont déjà occupés de cette question. Malheureusement les conclusions auxquelles ils arrivent sont très discordantes, opposées même.

Ainsi, tandis que M. Bourneville, étudiant la température au moment de la période de stertor, un quart d'heure et deux heures après, trouve, au moment du stertor, une augmentation qui est déjà moindre un quart d'heure après et nulle au bout de deux heures; Tambroni admet, au contraire, qu'à la période de stertor, la température est abaissée, qu'elle se relève ultérieurement et arrive, pendant quelque temps, à dépasser la normale. Witkowski et Gibson sont amenés, de leur côté, par leurs recherches, à conclure que les attaques isolées d'épilepsie ne modifient pas la température.

Aussi, bien que les conclusions de M. Bourneville soient basées sur des recherches très nombreuses, bien qu'elles aient été confirmées par d'autres expérimentateurs,en particulier par M Lemoine, il est impossible, en présence de résultats aussi dissemblables, de se faire une opinion. Et cependant cette question de la température dans les attaques d'épilepsie est importante, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue pratique.

Inutile d'insister sur son importance scientifique, inutile même d'insister sur son importance pratique, en présence de médecins aliénistes qui savent combien les attaques d'épilepsie peuvent être savamment simulées par certains prévenus, et combien nous avons peu de symptômes précis pour nous permettre de dépister la simulation. Or, si les attaques d'épilepsie modifient réellement la température,on trouverait dans cette modification un symptôme qui ne pourrait être simulé et qui, par conséquent, deviendrait un signe diagnostique important.

C'est pour ces raisons que MM. Mairet et Bosc ont repris cette question.

MM. Mairet et Bosc se sont placés dans des conditions particuliculière d'expérimentation. Leurs épileptiques étaient maintenus au lit et la température prise de quart d'heure en quart d'heure de cinq heures et demie du matin à sept du soir, et cela qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas d'attaques. Prenant alors la température des jours sans attaques, ils ont établi, pour les différentes heures de la journée, une température moyenne, qui leur a servi de terme de comparaison pour savoir si, les jours où il y a eu attaques, la température a été ou non modifiée... Ils ont pu

ainsi se rendre compte non seulement si l'attaque modifiait la température au moment de sa venue, mais même dans les heures qui précèdent ou qui suivent celle-ci.

Un autre terme de comparaison, pour juger de l'influence que peut exercer l'attaque, leur était fourni, en outre, par la température des heures qui précédaient cette attaque, température sur laquelle s'inscrivent nettement les moindres modifications.

En outre ils ont suivi la température pendant les différentes phases constitutives de l'attaque. Ces prémisses posées, voici les résultats auxquels MM. Mairet et Bosc sont arrivés.

1° *Avant l'attaque.* — Pas de modification de la température.

2° *Pendant et après l'attaque.* — MM. Mairet et Bosc ont pu, chez les individus chez lesquels le thermomètre était déjà placé au rectum et la colonne mercurielle fixée au moment de l'attaque, surprendre dans sept cas la *période convulsive.* Sur ces sept cas, cinq fois la température a été abaissée de 1, 2, 4 dixièmes et 1° 2; deux fois elle a été augmentée de 2 dixièmes. Dans les cas où il y a eu un abaissement, les convulsions étaient intenses, dans les cas où il y eu élévation, les convulsions étaient légères, de sorte qu'à la période convulsive, la baisse et la hausse paraissaient liées à l'intensité plus ou moins grande des convulsions. Ces recherches sur la période convulsive n'ayant pas d'intérêt réellement pratique MM. Mairet et Bosc, laissent de côté cette période.

L'influence de l'attaque isolée d'épilepsie, sur la température, a été variable suivant certaines particularités revêtues par l'attaque.

MM. Mairet et Bosc prendront, comme terme de comparaison, l'*attaque ordinaire d'épilepsie* constituée par une période convulsive, une période de stertor, et un réveil avec retour à la normale.

Dans l'attaque ordinaire, ils ont constaté dans la grande majorité des cas, comparativement à la normale, pendant la *période de stertor*, un abaissement de la température variant entre un dixième et neuf dixièmes. Cet abaissement se maintient pendant toute la durée du stertor.

Au réveil, la température remonte progressivement à la normale qu'elle atteint au bout d'un temps variant entre quinze minutes et trois heures, puis elle la dépasse de quelques dixièmes et lui reste ainsi supérieure pendant plusieurs heures consécutives

(*période de réaction*). — Aussi, si on établit une moyenne par jour de la température normale et de la température du jour de l'attaque, on trouve que cette dernière moyenne est augmentée. De sorte que, bien qu'au moment du stertor la température soit abaissée, la température est, en fin de compte, augmentée par la réaction consécutive.

Il existe des exceptions à la règle qui précède.

1° Il est des cas, où pendant la période de stertor, la température au lieu d'être abaissée est augmentée. — MM. Mairet et Bosc ont constaté ce fait 10 fois sur 37 cas; la hausse a varié entre 1 et 5 dixièmes.

Dans ces cas, *le stertor, au lieu d'être calme, était agité*; il y a en effet, un rapport étroit entre l'agitation et la hausse de la température; ainsi lorsqu'au stertor agité succède un réveil calme, la température a de la tendance à revenir vers la normale, tandis que si le réveil est agité, la température reste élevée ou même s'élève encore davantage. Consécutivement à l'attaque, la température reste plus élevée qu'à la normale, de sorte que, comme dans les cas précédents, la température moyenne du jour de l'attaque est supérieure à la température moyenne normale.

2° Il est des cas où la température suit bien la marche indiquée précédemment, mais ici la période réactionnelle ne ramène pas la température à la normale, de sorte que la température moyenne du jour de l'attaque est inférieure à la température moyenne normale. Ces cas relativement rares, sont ceux dans lesquels le stertor a été suivi d'un sommeil calme et prolongé de 55 minutes et au-delà; lorsque ce sommeil est agité, la température, au lieu de s'abaisser, s'élève.

Comme conclusion générale on peut donc dire.

1° Les attaques isolées d'épilepsie modifient la température; 1 fois sur 37 cas seulement MM. Mairet et Bosc n'ont pas constaté de modifications.

2° Dans les attaques ordinaires d'épilepsie la température est abaissée pendant la période de stertor, au réveil elle se relève, atteint, puis dépasse la normale à laquelle elle reste supérieure pendant plusieurs heures consécutives; si bien que la température moyenne du jour de l'attaque est supérieure à la température moyenne normale.

3° Lorsque le stertor est agité, la température est augmentée pendant la période de stertor et se maintient au réveil supérieur à la normale, de sorte que dans ces cas encore la température

moyenne du jour de l'attaque est supérieure à la température moyenne normale.

4° Dans quelques cas rares où le stertor est suivi d'un sommeil calme et prolongé d'une heure et plus, la période réactionnelle ne ramène pas la température à la normale; de sorte que la température moyenne du jour de l'attaque reste inférieure à la normale, d'où comme conclusion pratique, la nécessité de respecter le sommeil consécutif aux accès.

On peut donc dire, si l'on juge les faits dans leur ensemble, que l'attaque d'épilepsie augmente la température, ce qui est en rapport avec les enseignements de l'école de la Salpetrière, et avec les recherches de M. Mairet sur la nutrition dans l'épilepsie. M. Mairet a vu en effet comme M. Lépine, d'une manière générale, les produits de déchet, urée et acide phosphorique, augmenter après les attaques d'épilepsie.

Fièvre épileptique. — Chez certains épileptiques. MM. Mairet et Bosc ont vu, en dehors de toute complication et sans que les attaques puissent expliquer cette particularité, la température rester au-dessus de la normale pendant plusieurs jours; il donne à cette fièvre, et jusqu'à plus ample informé, le nom de *fièvre épileptique*.

ETUDE DES MODIFICATIONS PUPILLAIRES DANS LES ATTAQUES D'ÉPILEPSIE, D'HYSTÉRIE SIMPLE ET D'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

M. Bosc. — L'étude des modifications pupillaires pendant l'accès d'épilepsie rend, depuis longtemps, service au médecin légiste dans les cas difficiles de simulation, elle peut servir encore au clinicien dans le diagnostic différentiel de l'épilepsie, de l'hystérie simple et de l'hystéro-épilepsie. Enfin, l'étude des réactions épileptiques amène à la vérification des hypothèses de H. Jackson sur la pathogénie de l'épilepsie.

Nous avons pu rassembler en tout 91 observations, tant personnelles que recueillies dans la science. Nos conclusions correspondent à la grande majorité des cas observés.

1° *Epilepsie.*

Nous avons pu comparer entre elles 51 observations d'épilepsie. Nous ne parlons pas ici de l'état des pupilles en dehors des accès; à ce moment, nous n'avons, en effet, rien trouvé de caractéristique quoiqu'aient pu en dire L. Carter-Gray, Oliver, etc., etc.

La *période prodromique* se marque par une dilatation pupillaire précédant de quelques secondes les mouvements convulsifs, accompagnés d'insensibilité réflexe à la lumière.

La période des *convulsions toniques* se marque par un mydriase maxima, qui devient *excessive* au moment de l'acmé des convulsions.

Pendant la période des *convulsions cloniques*, la dilatation tend à décroître progressivement jusqu'à la fin des convulsions; cette contraction se fait d'une façon continue ou bien par une série d'oscillations. Cette contraction aboutit, *dès le début du sopor*, quand ce sopor est pur, à un *myosis maxima* avec insensibilité réflexe à la lumière. Cette même insensibilité existe pendant les convulsions. Bientôt la pupille commence à se dilater et elle réagit alors à la lumière.

Au réveil, la pupille continue sa marche vers la normale.

Dans le *vertige* les pupilles largement dilatées et insensibles, dès le changement d'expression de la face, redeviennent normales dès la fin du vertige, après quelques rapides oscillations.

2° *Hystérie simple et hystéro-épilepsie.*

A. — Dans l'attaque d'hystérie simple, la pupille ne subit qu'une dilatation faible ou même le plus souvent ne présente que des oscillations fréquentes; les réflexes pupillaires à la lumière demeurent normaux. Dès la fin de l'attaque la pupille revient à la normale.

B. — Dans l'attaque d'hystéro-épilepsie il faut distinguer :

Une *période prodromique* avec *dilatation pupillaire;*

Une *période tonique* avec dilatation quelquefois très marquée, mais qui ne présente pas les caractères de progression, puis de

stabilité si marqués dans l'attaque d'épilepsie; de plus dans beaucoup de cas la pupille demeure sensible à la lumière;

Une *période clonique* avec dilatation; on ne trouve pas cette marche constante vers le myosis qui caractérise la période clonique de l'attaque d'épilepsie.

La période des *contorsions* s'accompagne encore de dilatation, ainsi d'ailleurs que la période des *attitudes passionnelles*. Dans celle-ci, la dilatation s'exagère quand s'ajoutent des phénomènes d'extase, de somnambulisme ou de catalepsie. Mais, nous ne trouvons pas, comme dans l'épilepsie, ce *myosis maxima* qui fait suite aux convulsions et caractérise le début du sopor, et de plus, au réveil, les pupilles reviennent aussitôt à la normale.

Les expériences chez les animaux vérifient et expliquent ces résultats, F. Frank, Magnan et nous-même, avons noté, par des expériences directes ou indirectes, chez le lapin ou le chien, absolument les mêmes modifications que chez l'homme épileptique. Ces expériences prouvent en outre que les modifications pupillaires ne sont pas sous la dépendance des troubles circulatoires ou respiratoires, mais dépendent uniquement de l'écorce grise cérébrale. La dilatation correspond à la décharge nerveuse, le myosis maxima correspond à la dépression qui leur fait suite, et le retour lent à la normale correspond à la reconstitution de la force nerveuse dépensée. Il nous semble que cette étude des modifications pupillaires généralisée à toutes les autres réactions épileptiques vient vérifier les hypothèses d'Hughlings Jackson sur l'origine cérébrale de l'épilepsie.

M. MAGNAN. — Dans l'épilepsie la dilatation pupillaire prodromique de l'attaque s'accompagne, à l'ophtalmoscope, d'une turgescence des vaisseaux papillaires, en même temps que d'hyperémie encéphalique. Sur des animaux en expérience avec attaques convulsives provoquées, ce triple phénomène est très net; si on trépane l'animal, on voit au moment de la crise, la turgescence des vaisseaux encéphaliques et diploïques correspondre à l'hyperémie de la rétine et de l'iris. En revanche, je n'ai pas trouvé d'abaissement initial de la température comme M. Mairet. Je signalerai en terminant le cas possible d'attaques bulbo-spinales sans participation du cerveau proprement dit, ni, par suite, perte de connaissance; j'en ai observé un cas très net chez une femme âgée.

M. Coutagne signale l'importance de ces faits au point de vue de la question médico-légale de l'épilepsie simulée.

M. le Président. — La parole est à M. Cadéac pour la lecture d'un mémoire.

DES ÉLÉMENTS ÉPILEPTOGÈNES CONTENUS DANS LES LIQUEURS ET LES CONDIMENTS

Hallucinations déterminées par les essences qui entrent dans la liqueur d'arquebuse, par MM. Cadéac et A. Meunier.

Dans un Congrès où l'on s'occupe de l'assistance des épileptiques il est très important de mettre en lumière les causes diverses de ce terrible mal, dont vous cherchez aujourd'hui à atténuer les conséquences. Depuis les remarquables travaux de Marcé et de Magnan, personne n'ignore que l'homme peut trouver dans l'essence d'absinthe une cause déterminante de la crise comitiale.

Cette épilepsie tonique n'est pas la seule, plusieurs autres plantes aromatiques renferment des principes toniques susceptibles de déterminer l'épilepsie.

I. — Nous avons eu la bonne fortune de découvrir parmi les essences que nous avons étudiées un grand nombre de principes épileptogènes qui entrent comme l'essence d'absinthe dans la composition de plusieurs boissons spiritueuses.

L'eau d'arquebuse, liqueur des femmes du peuple, renferme à elle seule, cinq essences épileptogènes: La sauge, l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil.

Toutes ces essences sollicitent l'organisme dans le même sens, poussent vers les mêmes accidents, mais avec une énergie bien différente. La sauge, l'absinthe, l'hysope, réactifs nerveux, délicats et extrêmement sensibles, font éclater des crises soudaines, presque ininterrompues : la machine animale, dans ce cas, véritable machine électrique, se charge et se décharge avec une violence inouïe ; le romarin et le fenouil, réactifs nerveux beaucoup plus grossiers, produisent longtemps d'avance des crampes, des

secousses, présage d'une seule crise prochaine ; dans ce dernier cas, le système nerveux se charge lentement, l'excitabilité réflexe n'atteint que progressivement un degré suffisant pour produire l'attaque d'épilepsie.

La comparaison des coefficients épileptogènes de ces essences fait mieux ressortir encore ces différences. En effet, 10 milligrammes d'essence de sauge suffisent pour convulser presque immédiatement 1 kilogramme d'animal (chien). 25 milligrammes d'essence d'absinthe, 31 milligrammes d'hysope sont nécessaires pour produire le même résultat, tandis qu'il faut 62 milligrammes d'essence de romarin et 85 milligrammes d'essence de fenouil, pour amener lentement une seule attaque épileptique d'une énergie moindre. Et 1 litre de vulnéraire, renfermant 48 centigrammes d'essence de sauge, 7 centigrammes d'essence d'absinthe, 135 milligrammes d'hysope, 34 centigrammes de romarin et 50 centigrammes de fenouil, il y entre ainsi 152 centigrammes. 5 d'essences épileptogènes qui, mélangées dans cette proportion, sont capables de convulser par la voie veineuse un poids d'animal de 66 kilogrammes. Il est vrai qu'il faut environ dix fois plus de substances pour obtenir la même action quand on utilise la voie digestive, de sorte que l'ingestion de cette quantité de produits épileptisants ne pourrait faire rouler dans une crise d'épilepsie qu'un chien de 6 kilogr. 600.

Si l'on s'en tenait à ces chiffres, on serait relativement rassuré sur les dangers épileptogènes immédiats du vulnéraire ; mais l'homme est un réactif bien plus sensible que le chien à l'action des essences ; les expériences comparatives que nous avons faites sur l'hysope en témoignent suffisamment. C'est ainsi qu'un chien, à jeun, de 7 kilogrammes, doit ingérer 3 grammes d'essence d'hysope pour prendre une crise épileptique, alors qu'un jeune homme fort et vigoureux, d'un poids dix fois plus élevé (70 kilogrammes), est arrivé au même résultat en absorbant seulement 2 grammes de cette même substance.

Il en résulte, qu'un homme sain qui ingère en une seule fois toute la dose d'essences épileptogènes contenue dans 1 litre de vulnéraire, court les plus grands dangers de tomber dans une attaque comitiale, d'autant plus qu'il y est préparé par d'autres éléments de la liqueur, convulsivants à haute dose, mais dépourvus de propriétés épileptisantes ; ils apportent ainsi une parcelle d'excitation et exagèrent momentanément l'excitabilité reflexe des centres nerveux.

Ces éléments préparateurs sont tous les éléments excito-stupéfiants énumérés dans la formule que nous avons donnée ; mais particulièrement la sarriette, la marjolaine, le calament, et le basilic ; ils amènent des accidents convulsifs aux doses suivantes : 65 milligrammes de sarriette, 120 milligrammes de marjolaine, 150 milligrammes de calament, 210 milligrammes de basilic par kilogramme d'animal. Avec ce nouvel appoint, le buveur habituel de vulnéraire risque d'atteindre rapidement l'état convulsif ; a fortiori, les femmes dont le système nerveux est si fragile et si irritable, quelques verres d'arquebuse peuvent agir sur elles comme une pression sur un ressort, pour amener la décharge des excitations qui s'y trouvent accumulées.

Ces diverses essences épileptisantes et excito-stupéfiantes, dont nous montrons tous les dangers étaient, inconnues avant nos recherches au point de vue de leur toxicité comme de leurs effets. — Si des doutes pouvaient subsister au sujet des propriétés épileptiques des essences que nous avons fait connaître, les preuves expérimentales que nous apportons sont de nature à les dissiper entièrement. Ces photographies instantanées représentent les diverses phases de l'attaque et ces tracés en reproduisent tous les éléments. Vous y voyez toutes les manifestations convulsives des muscles avec les modifications respiratoires et circulatoires qui les accompagnent. — Maintenant que nous sommes fixés sur les propriétés épileptisantes de ces essences, nous devons appeler l'attention sur la variabilité d'énergie de la plupart de ces produits: toutes les huiles aromatiques sont assujetties aux mêmes variations d'activité que l'essence d'absinthe et que tous les produits complexes.

Toutes ou à peu près toutes les essences sont constituées par l'association de deux éléments, un carbure d'hydrogène simple et un carbure d'hydrogène oxygéné ; or suivant la proportion des deux composants qui change suivant le temps de la récolte de la plante, suivant son lieu d'origine, on a, malgré la pureté de l'essence, une huile volatile plus ou moins énergique. — Aussi, les doses que nous avons données et qui ont produit les crises sont elles des moyennes tirées des nombreuses expériences faites sur des chiens de tout âge et de toute race et avec des essences pures de provenances bien différentes.

Il n'est pas nécessaire d'insister davantage sur les dangers inhérents à l'absorption des liqueurs où ces éléments épileptogènes se trouvent renfermés, l'abus de ces boisons est beaucoup

plus nocif que celui de l'alcool simple. Aussi le vulnéraire, par ses ingrédients épileptisants devient une source d'accidents convulsifs comme le prouvent les nombreuses expériences que nous avons faites sur le chien. Sous l'influence de l'arquebuse le chien le plus calme est devenu un agité et un convulsif.

Nos expériences sur cette intoxication spéciale ne permettent-elles pas de penser que dans cette liqueur, l'enfant trouve la parcelle d'excitation qui prépare à l'éclampsie, la jeune fille une source de convulsions hystériques, la femme des éléments de spasmes, d'émotivité exagérée, d'irritabilité maladive, de crises d'hystérie et toutes les modalités convulsives. Avec cette liqueur la mère comme la jeune fille se préparent à devenir une souche de déséquilibrés impulsifs, de dégénérés, de candidats à l'épilepsie, d'épileptiques et de délirants destinés à peupler les maisons d'aliénés.

Si l'homme y puise, il est vrai, momentanément un surcroît de puissance et de force qui lui permet de lutter mieux qu'avec toute autre liqueur contre les fatigues d'un travail opiniâtre, exagéré et l'épuisement d'une alimentation insuffisante, il y recrute bien vite cette irritabilité intolérante, impulsive et batailleuse qui en s'exagèrant et en se transformant par l'abus le rend employé indocile, mauvais citoyen et mauvais mari. Chez lui, il est violent, brutal; dans la société, il est méchant, querelleur, c'est un agité qui marche vers les convulsions, le délire terrifiant ; il s'approche constamment de l'attaque épileptique et il devient certainement l'instrument effectif d'une descendance de choréiques, d'éclamptiques, d'hystériques et d'épileptiques. Les essences excitantes et épileptogènes façonnent et modulent l'homme à l'image de leurs effets.

Outre la liqueur d'absinthe et d'arquebuse, d'autres boissons spiritueuses renferment aussi des poisons épileptisants. Le vermouth contient l'absinthe, la tanaisie ; nous y avons découvert aussi le calamus aromaticus dont les propriétés épileptisantes étaient inconnues avant nos recherches : le kümmel d'Allemagne renferme l'essence de carvi (cuminum pratense) qui est un épileptisant de premier ordre dont on ne soupçonnait pas les effets. D'autre part la nature se montre extrêmement riche en substances épileptisantes : citons en dehors des essences contenues dans les liqueurs, les essences d'ail, d'oignon, de moutarde si couramment employées comme condiments.

Tous ces produits convergent vers le même point du système

nerveux, l'origine de l'épilepsie déterminée par tous ces éléments est constamment la même, le bulbe est seul indispensable à sa production, l'ablation des hémisphères cérébraux chez les pigeons ou chez les jeunes chiens n'empêche pas l'attaque d'épilepsie de se produire.

Si après la section complète de la moelle au-dessous du bulbe, on injecte, comme nous l'avons fait près de vingt fois, une dose épileptisante d'essence de sauge dans la saphène de chiens dont on entretient la vie par la respiration artificielle, seuls les muscles de la face se contractent, la physionomie devient grimaçante, la pupille se dilate, mais la réaction épileptique reste limitée aux parties qui sont sous la dépendance du bulbe ; le tronc et les membres restent absolument indifférents à l'action du poison. La puissance excito-motrice de la moelle n'est nullement modifiée par cette essence ; l'explosion convulsive est exclusivement d'origine bulbaire : la moelle ne fait que la propager.

Si ces aromatiques se trouvent en trop faible quantité dans les plantes ou dans les liqueurs pour déterminer immédiatement l'attaque d'épilepsie ou si leur activité épileptogène, se trouve annihilée ou amoindrie par des forces antagonistes que nous avons mises en évidence et dont nous avons pesé l'influence dans la liqueur d'arquebuse ; l'abus continuel de tous ces produits n'est-il pas capable d'altérer, de modifier l'état constitutionnel des centres nerveux, d'en vicier la nutrition et le fonctionnement de telle sorte qu'il aboutisse un jour à la production de l'épilepsie, soit chez l'intoxiqué lui-même, soit chez ses descendants.

Dès lors si l'usage de toutes ces substances épileptogènes que nous avons fait connaître n'est pas immédiatement dangereux pour l'homme sain, elles doivent être absolument interdites aux prédisposés, aux dégénérés, aux excitables, à tous ceux dont le fonctionnement du système nerveux est mal équilibré, surtout aux épileptiques ou aux candidats à l'épilepsie.

Il faut rayer de leur hygiène l'eau d'arquebuse, la liqueur d'absinthe, le vermouth, le kümmel, les infusions d'hysope, de fenouil, de sauge, de romarin et des condiments comme l'ail, l'oignon et la moutarde. Par contre, on peut leur permettre d'autres condiments : le thym, le serpolet, le girofle, la muscade et le poivre.

Nos recherches expérimentales fournissent ainsi quelques indications préventives pour éclairer l'hygiène des épileptiques et des candidats à l'épilepsie.

II. — Dans l'intoxication par la liqueur d'arquebuse, le syndrome

convulsion est souvent accompagné de délire. Si ce trouble n'est pas comme les accidents convulsifs la caractéristique de l'action spéciale du mélange des essences contenues dans cette liqueur, son apparition est beaucoup plus précoce que dans l'intoxication alcoolique simple. L'action des essences renfermées dans le vulnéraire se retrouve et s'affirme presque aussi nettement dans les manifestations psychiques qui découlent de cette intoxication que dans la production des troubles moteurs et sensitifs, que nous avons étudiés ; l'étude synthétique de cette boisson le démontre.

Un chien soumis pendant trois mois à un enivrement progressif et continu commence à délirer à partir du sixième jour ; souvent il s'arrête dans une course folle pour fixer longuement un être fictif ou pour chercher à happer un morceau de viande imaginaire, ce sont de simples visions sans régularité, sans fixité. Dès les premiers jours du deuxième mois d'intoxication, les hallucinations prennent un caractère constant et un type spécial.

A tout instant l'animal se mord la queue, le train postérieur, le flanc comme s'il voulait se débarrasser d'insectes dont il croit ressentir les piqûres. Il bondit même parfois pour atteindre la mouche imaginaire à laquelle il attribue sans doute les fourmillements toxiques produits par les essences Tous les jours, il est sans cesse en mouvement, en lutte pour échapper à ces troubles subjectifs de la sensibilité, les yeux sont hagards, la physionomie a une expression rabique ; il est furieux de son impuissance mais il n'est pas offensif. Ce n'est que lorsqu'il est distrait par une promenade ou par une caresse qu'il cesse de lutter et qu'il oublie mouches ou puces imaginaires qui le tourmentent. Son délire est raisonnable et systématique : le subjectif seulement remplace l'objectif.

L'étude expérimentale analytique du vulnéraire permet d'expliquer l'origine et la qualité des hallucinations hâtives. Prises isolément la plupart des essences qui parfument cet alcoolat réalisent des troubles hallucinatoires intéressant la vue, l'ouïe, parfois même l'odorat et la sensibilité générale ; mais ces abberrations sont loin d'être uniformes : elles paraissent emprunter aux propriétés particulières des essences un caractère spécial, une modalité réactionnelle dépendante de l'action typique de ces produits. Avec toutes les essences épileptisantes, les hallucinations prennent un caractère terrifiant dont l'expression varie avec l'intensité de leur activité épileptogène : avec les essences de sauge, d'absinthe, d'hysope, les animaux deviennent féroces, agressifs, ils

se retournent vivement, font face au danger, luttent avec rage et cherchent à mordre l'ennemi imaginaire.

Avec les essences de romarin et de fenouil, les conceptions délirantes, terrifiantes aussi, sont cependant un peu différentes des premières : des sujets intoxiqués loin d'être agressifs, sont pusillanines ; ils reculent avec épouvante ou rentrent parfois en eux-mêmes; les membres antérieurs fortement portés en avant, la tête enfoncée entre les épaules, ils regardent avec crainte et tristesse un objet d'effroi.

Toutes ces hallucinations paraissent avoir une origine périphérique, être créées par les troubles hypéralgésiques : elles précèdent ou suivent les secousses, les crampes, les décharges convulsives, c'est-à-dire des troubles moteurs douloureux, qui sont perçus par des centres nerveux déjà altérés par l'imprégnation de l'essence,

Sous l'influence de cette altération, les centres sensoriels infra-corticaux ou corticaux cessent de rectifier et d'interpréter ces sensations subjectives et leur donnent alors une origine objective plus simple.

Les doses, capables de produire des troubles hallucinatoires avec les essences, sont très faibles : 8 milligrammes d'essence de sauge, 22 milligrammes d'essence d'absinthe, 30 milligrammes d'essence d'hysope, 36 milligrammes d'essence de romarin 45 milligrammes d'essence de fenouil par kilogramme d'animal suffisent pour faire délirer un chien. Mais la production de ce trouble est loin d'être aussi constante et aussi certaine que celles des troubles moteurs. Nous ne sommes pas en effet aussi maîtres de déterminer à volonté la réaction hallucinatoire que la réaction épileptique, d'autant plus que les troubles psychiques sont moins apparents et d'une observation beaucoup plus difficile que les troubles physiques.

Les hallucinations sont moins bruyantes, moins dangereuses avec la plupart des essences excito-stupéfiantes qu'avec les essences épileptisantes. L'essence de calament se rapproche seule de ces dernières, elle transforme parfois le chien en fou furieux, il a l'air d'un possédé ; il se précipite avec rage sur les fantômes qui l'attaquent, le délire provoqué par l'essence d'angélique rend les animaux craintifs, inoffensifs; ils sont terrorisés et glacés d'épouvante.

Les conceptions délirantes provoquées par le basilic, l'origan et la menthe se déroulent le plus souvent avec un certain ordre

et rappellent parfois les actes qu'accomplit le chien dans le fonctionnement normal de son activité cérébrale. C'est ainsi qu'un chien de chasse intoxiqué par l'essence d'origan se met à flairer, à quêter, à lever le nez. Il cherche le vent, marche avec hésitation, l'œil fixe, il chasse un gibier imaginaire.

Un autre chien intoxiqué par l'essence de basilic présente un délire dont il est difficile de comprendre tout le sujet. Il court effrayé avec une rapidité extrême et il s'arrête brusquement comme devant un obstacle infranchissable, les jarrets fléchis l'oreille tendue, puis il fait volte-face, retourne vivement en arrière, reprend bientôt sa course folle en avant et franchit d'un saut puissant le fossé qui l'avait arrêté en premier lieu.

Il revient en arrière plusieurs fois en faisant un coude pour éviter le même obstacle, mais il y est sans cesse ramené et ressaute chaque fois absolument à la même place. Il exécute ainsi une sorte de rêve bien systématisé, qui implique une certaine logique dans sa réalisation.

Avec de fortes doses d'essence de menthe, on détermine des hallucinations de l'odorat : les animaux semblent toujours suivre une piste. Les troubles hallucinatoires n'apparaissent qu'après l'injection intra-vasculaire de fortes doses de ces diverses essences. Il faut 60 milligrammes d'essence de basilic, 70 milligrammes d'essence d'angélique, 81 milligrammes d'essence de lavande, 81 milligrammes d'essence d'origan, 94 milligrammes de calament et 100 milligrammes d'essence de menthe par kilo d'animal pour faire délirer un chien.

Avec les essences stupéfiantes, les hallucinations apparaisent plus rarement, nous ne les avons observées ni avec le thym, ni avec le serpolet, ni avec la mélisse. Dans l'intoxication par l'essence de lavande, les chiens ont des visions qui les glaçent d'épouvante et leur enlèvent toute envie de se défendre. Malgré l'étroite parenté des hallucinations déterminées par ces diverses essences, chaque poison paraît capable de créer par sa nature même un délire spécial indépendant du sujet intoxiqué.

Maintenant si l'on tient compte de la quantité de chaque parfum hallucinatoire contenu dans un litre de vulnéraire, on trouve par un simple calcul qu'il entre dans un litre de cette liqueur assez d'essence pour faire délirer un poids de chien de 100 kilogrammes environ. Leur action hallucinatoire est ainsi plus prononcée que celle de l'alcool, une seule injection veineuse de ces produits suffit souvent pour les produire.

Le délire, qui résulte de l'absoprtion de toutes ces essences, réunies à l'alcool ou vulnéraire, rappelle le délire déterminé par les essences épileptisantes, mais bien amoindri ; les conceptions délirantes déterminées par l'eau d'arquebuse paraissent aussi prendre leur source dans les troubles hypéralgésiques déterminés par les éléments épileptogènes de cette liqueur.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Séance du vendredi matin 7 août 1891

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU

SOMMAIRE. — Révision de la loi de 1838, par M. Rebatel — discussion : MM. Sabran, Pierret, Bouchereau, Christian, Camuset, Giaud, Parant et Rouby. — Adoption d'un vœu proposé par M. Rebatel. — Allocution de M. Thévenet, député — De la toxicité des urines des aliénés, par MM. Raphaël Dubois et Weill. — Structure de l'écorce grise des circonvolutions cérébelleuses, avec préparations histologiques à l'appui par M. Renaut.

M. le Dr BOUCHEREAU ouvre la séance à 9 heures en remerciant M. Thévenet, député du Rhône, de ce qu'il a bien voulu honorer cette séance de sa présence.

M. le Président fait part aux membres du Congrès de l'invitation de M. le maire de Lyon à une réception qui aura lieu à l'Hôtel-de-Ville le soir même. Il présente ensuite au nom de M. BOURNEVILLE ses regrets de ne pouvoir assister au Congrès, et propose qu'une adresse soit votée à M. Bourneville pour le féliciter de son prompt rétablissement. (*Adopté*).

La parole est à M. Rebatel.

M. REBATEL. — La loi de juin 1838 sur le régime des aliénés, qui s'applique silencieusement plusieurs centaines de fois par jour, devient de temps en temps, à propos d'un fait divers dont s'emparent la presse et l'opinion publique, l'objet d'attaques violentes et passionées, et de toutes parts on réclame la révision de la loi. Les nouveaux projets se font jour : c'est ainsi que Gambetta lui-même en avait présenté un qui attribuait au jury la décision de l'internement des aliénés, projet auquel il ne tarda pas à renoncer. Le Sénat fut saisi, il y a quelques années, d'une proposition du docteur Roussel que discuta longuement la haute Assemblée. C'est ce projet, légèrement modifié, que M. Reinach

présentait à la Chambre des députés, au mois de novembre dernier; la Chambre le renvoya à une Commission dont M. Thévenet fut nommé président. Cette Commission prit son rôle au sérieux; elle recueillit les témoignages compétents, visita les asiles, s'entoura des meilleurs documents. Avant la fin de la dernière session elle nomma son rapporteur, M. le docteur Lafont, et il est très probable que dans le courant de l'année prochaine, au premier moment de calme parlementaire, la question viendra en discussion devant la Chambre.

Il nous a semblé juste que vous tous, Messieurs, qui par vos fonctions, appliquez journellement la loi de 1838, soyez appelés, à donner votre avis, quand il s'agit de bouleverser une législation que vous avez pu juger dans la pratique et dont, mieux que personne, vous connaissez le fort et le faible.

La proposition Reinach diffère de la loi de 1838 par les points principaux suivants : substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité préfectorale pour l'internement des aliénés ; création dans chaque département d'une Commission pour la surveillance des aliénés, et d'un Conseil supérieur rattaché au ministère : mesures relatives à la sauvegarde des biens des aliénés; réorganisation du service de l'inspection générale; hospitalisation des épileptiques, des enfants idiots et des aliénés criminels.

De ces différents points, quelques-uns ressortent plus directement de la médecine, c'est ceux-là seuls que nous examinerons, nous plaçant au point de vue de l'intérêt médical des malades, et sans vouloir sortir de notre compétence.

La réforme capitale, celle qui change l'assiette même de la loi de 1838, est évidemment la première : substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité préfectorale pour l'internement des aliénés.

Actuellement, pour faire interner un malade atteint d'aliénation mentale, il faut : une demande d'admission, une pièce établissant l'identité, un certificat signé d'un médecin constatant la nécessité de l'internement. Ces pièces sont adressées dans les 24 heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, à l'autorité préfectorale qui, dans les trois jours, envoie le médecin inspecteur départemental visiter le malade et prononce sur son internement.

Sous le régime du nouveau projet de loi, le certificat médical d'entrée sera remplacé par un rapport signé d'un docteur en médecine, adressé au Procureur de la République et ce sera celui-ci qui transmettra ses réquisitions écrites, avec les rapports

médicaux d'admission, de 24 heures, du médecin de l'établissement et l'avis du médecin inspecteur, au tribunal de l'arrondissement.

Le tribunal statuera d'urgence, en Chambre du Conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

Ainsi donc, tout malade atteint d'aliénation mentale, ne pourra être traité dans un établissement spécial public ou privé, qu'après avoir été l'objet d'un jugement du tribunal en Chambre du Conseil.

Quels sont les avantages de ce nouveau système? Evidemment ses partisans espèrent augmenter les garanties protégeant la liberté individuelle et les rendre telles qu'une séquestration non légitime soit à peu près impossible.

Actuellement le Préfet qui décide l'internement d'un aliéné s'appuie sur les certificats et les rapports médicaux ; avec le nouveau projet de loi, le tribunal n'agira pas autrement, car on a beau se défier des médecins aliénistes et les tenir pour suspects, c'est encore à leur compétence qu'il faudra avoir recours pour se prononcer sur le cas d'un malade. Les moyens d'information et d'enquête resteront donc les mêmes : la seule différence résidera dans la nature de l'autorité qui décidera l'internement. C'est peu de chose, et encore il nous semble qu'un Préfet, relevant directement de l'opinion publique, de la presse, de son chef immédiat, le Ministre de l'intérieur, a une personnalité plus engagée et, par conséquent, est tenu à plus de circonspection et de prudence, qu'un tribunal anonyme et irresponsable. En outre, l'article 29 de la loi de 1838 dit qu'après la décision du Préfet prononçant l'internement, tout parent ou ami de l'interné, peut en appeler devant le tribunal qui doit faire une nouvelle enquête et ordonner la sortie immédiate, s'il le juge bon.

Il y a là une seconde juridiction d'appel, qu'un ami quelconque peut mettre en mouvement et qui constitue une garantie des plus sérieuses pour l'interné : elle disparait avec le nouveau projet de loi et le Tribunal prononce d'emblée irrévocablement et sans appel.

On peut donc dire que, pratiquement, le nouveau projet de loi ne donne pas de plus grandes garanties à la liberté individuelle et que ses avantages sont des plus contestables.

Par contre, ses inconvénients sont nombreux et sautent aux yeux.

Nous ne parlerons pas des difficultés d'exécution et de la

nécessité où l'on sera de créer toute une armée de magistrats pour prononcer sur les internements : nous resterons absolument sur le terrain médical. Le reproche capital qu'on peut adresser au projet de loi Reinach, c'est qu'il fait des aliénés des malades à part, frappés d'un jugement qui les met hors la société en les déclarant aliénés. Alors que, depuis Pinel, la médecine mentale a fait tous ses efforts pour traiter et faire considérer les aliénés comme des malades devant être soignés et pouvant être guéris, brusquement on revient d'un siècle en arrière et on en fait une catégorie d'êtres à part, marqués d'un jugement qui les poursuivra après leur guérison. Je sais bien, ainsi que me le faisait observer l'auteur du projet, qu'à leur sortie de l'asile un nouveau jugement les déclarera guéris; mais à qui fera-t-on croire que ce second jugement effacera l'impression du premier?

Il y a là un énorme danger qui devrait suffire aux législateurs pour leur faire rejeter le projet Reinach. On sait, en effet, de quelle discrétion fait preuve la famille d'un aliéné, de quelles précautions très respectables elle s'entoure pour dissimuler le malheur qui la frappe. Un ingénieur, un avocat, un industriel quelconque est atteint d'un délire éphémère: sa famille lui fait donner les soins nécessaires, et, pour justifier l'absence du malade, on prétexte un voyage en Suisse, dans le Midi ou ailleurs. Nul ne met en doute ce voyage, et, une fois guéri, le malade peut reprendre le cours de ses travaux et sa place dans la société. Avec le nouveau projet de loi, cet homme serait placé entre les mains de la justice qui le frapperait d'un jugement le déclarant aliéné. Quelle situation serait la sienne après sa guérison, alors que la véritable nature de sa maladie serait rendue publique. Et cette situation sociale qu'on lui aura faite et qui le poursuivra sans cesse, ne sera-t-elle pas, pour ce convalescent à l'intelligence ébranlée, une cause presque infaillible de rechute?

Ce danger frappera non seulement les malades de la classe aisée, mais peut-être encore plus durement ceux de la classe laborieuse qui, à leur sortie de l'asile, victimes d'un préjugé que la nouvelle loi ferait revivre, se verront repoussés de partout et voués à la plus noire misère.

Cette publicité donnée au cas d'aliénation mentale aura des conséquences tellement graves, et pour les malades, et pour leurs familles, qu'on peut être convaincu que celles-ci les pressentiront et feront leur possible pour les éviter. Si cela est possible, on laissera l'aliéné chez lui, dût-on le priver de tout

traitement efficace. Or, il est démontré aujourd'hui que de la rapidité avec laquelle est appliqué le traitement, dont l'isolement est un des plus puissants facteurs, dépend en grande partie le plus ou moins de chances de guérison en aliénation mentale. Si la proportion des succès l'emporte de beaucoup dans les établissements privés sur celle des asiles publics, cela ne tient pas à un traitement mieux approprié ou mieux appliqué, la science et le zèle du personnel médical administratif ne permettent pas de le supposer, mais bien à ce que, ainsi que l'a judicieusement fait observer M. le professeur Pierret, les placements volontaires se font en général dès le début de la maladie, tandis que les formalités et les difficultés dont l'Administration entoure l'admission des indigents, dans un but de défense des deniers publics, ne leur permettent trop souvent d'entrer à l'asile que lorsque la période de curabilité est passée pour eux. C'est là, soit dit en passant, une des causes importantes de l'encombrement sans cesse croissant de nos grands établissements.

Eh bien! il est indiscutable que cette crainte de la publicité et des inconvénients si sérieux qu'elle entraîne, poussera les familles à ne faire interner les aliénés qu'à la dernière extrémité, cela au grand détriment des malades et de leurs chances de guérison. Et lorsqu'il sera impossible de maintenir le malade chez lui, il est probable que cette même crainte poussera les siens à le placer à l'étranger ou dans des établissements clandestins. Je sais que la nouvelle loi oblige à déclarer les placements à l'étranger, mais quelle est la sanction et quoi de plus facile à éluder? Quant aux maisons clandestines qui, sous les noms de villa de convalescence, d'hydrothérapie, etc., abritent des aliénés, elles existent déjà et plus nombreuses qu'on ne le suppose : il n'est pas douteux qu'après les mesures édictées par la nouvelle loi, avec ce légitime besoin de discrétion qu'ont les familles, l'industrie privée se chargera de les multiplier encore : si bien que pour avoir voulu s'entourer de trop de garanties, on verra quantité d'aliénés internés, illégalement il est vrai, mais en fait, sans aucun contrôle, ni aucune surveillance.

A ces objections, l'auteur du projet de loi répond que ces abus pourront exister, mais qu'ils ne porteront que sur une catégorie restreinte de malades, ceux des classes riches: Mais n'est-ce pas précisement et uniquement pour ceux-là que vous redoutez les séquestrations intéressées? que vous trouvez insuffisante la loi de 1838 et que vous avez songé à la modifier?

Nous ne discuterons pas les autres réformes proposées par le nouveau projet de loi : elles rentrent moins directement dans notre compétence.

Il peut ressortir d'excellents résultats de la facilité donnée aux placements volontaires, des mesures prises pour la défense des biens des aliénés, à condition qu'elles soient compatibles avec la discrétion suffisante et le maintien d'une situation que l'aliéné peut reprendre après sa guérison. Le contrôle par des commissions départementales, la création d'un comité supérieur et d'inspecteurs généraux, sont des innovations qu'on ne peut juger en principe et qui n'ont de valeur que par la façon dont elles fonctionnent et s'appliquent dans la pratique. On ne peut que louer tout ce qui a trait à l'assistance des épileptiques et des enfants idiots et arriérés. C'est un heureux développement de l'assistance publique sur lequel nous n'insisterons pas, non plus que sur la création d'un asile pour les aliénés criminels.

Nous avons voulu examiner le nouveau projet de loi, uniquement au point de vue médical, et signaler les graves dangers que présenterait sa réforme capitale pour le traitement des malades et pour leurs chances de guérison. Ces dangers nous semblent incontestables; d'autre part les abus reprochés à la loi de 1838 sont-ils si nombreux, si criants, qu'il faille en courir les risques? Dans son exposé des motifs, M. Reinach (et on peut croire qu'il les a recherchés avec soin!), en cite trois: l'affaire Sellière, l'affaire Monasterio, l'affaire Sandon. Ce n'est pas devant des aliénistes, qui savent à quoi s'en tenir, que je veux discuter ces soi-disants abus, mais encore, je les tiens pour réels. Trois erreurs pour une loi qui s'applique plusieurs centaines de fois par jour, depuis plus de 50 ans! Quelle est celle, même des plus admirées, qui n'en compte davantage à son passif.

Avant d'être promulguée, la loi du 30 juin 1838 avait été longuement, sagement préparée par les hommes les plus compétents; la pratique a démontré qu'ils ne s'étaient pas trompés; la pénurie même des soi-disants abus relevés contre elle est la meilleure preuve que c'est une bonne, une excellente loi, qui doit être maintenue dans son principe et ses dispositions générales.

M. Sabran (*Président du Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon*). — Messieurs, j'ai demandé la parole pour remercier d'abord M. le Président et M le Secrétaire général des paroles trop élogieuses qu'ils ont bien voulu prononcer à mon

sujet et que je ne saurais accepter qu'à la condition de les reporter à l'administration que j'ai l'honneur de diriger; je tiens ensuite à vous remercier tous, Messieurs, d'avoir bien voulu accepter un profane dans vos rangs et je désire expliquer sinon excuser ma présence au milieu de vous :

J'estime que l'administration hospitalière ne doit pas se désintéresser de vos travaux et que, dans la discussion des grands problèmes que vous agitez, elle peut trouver de précieuses indications pour sa mission.

J'estime aussi qu'en matière d'assistance publique le progrès ne peut être réalisé qu'à la condition de maintenir un parfait accord entre le corps médical et l'administration, et cet accord n'existera qu'autant que nous resterons chacun dans les limites de nos attributions. Le jour où l'administration voudrait s'immiscer dans le traitement, ou le jour où le corps médical voudrait se mêler d'administrer, l'accord serait rompu, l'ère des conflits serait ouverte et l'avenir serait compromis.

C'est animé de cet esprit, Messieurs, que j'ai désiré suivre vos travaux et chercher dans vos discussions des renseignements utiles pour réaliser dans l'assistance des progrès que nous désirons tous.

Il faut reconnaître que, depuis quelques années, l'assistance publique s'est profondément développpée en France, et que le gouvernement a su très heureusement inspirer un mouvement d'opinion et un mouvement de direction à ces grandes questions qui sont des questions sociales au premier chef.

Le conseil supérieur de l'assistance publique compte à peine quatre années d'existence et déjà plusieurs lois importantes ont été préparées par ses soins, sur l'initiative du directeur général, l'honorable M. Monod.

En premier lieu on a présenté un projet de loi concernant les enfants moralement abandonnés, ces orphelins qui, selon la pittoresque expression de M. Jules Simon, ont le malheur d'avoir encore leurs parents; ce projet, accepté par le Parlement, est devenu une loi définitive et reçoit son application quotidienne depuis le mois de juillet 1889.

On a élaboré ensuite la loi sur l'assistance médicale gratuite qui aura une importance capitale et apportera une modification profonde à l'état de choses actuel, si on impose, comme nous le demandons, à la collectivité le devoir d'assister l'indigent malade, sans toutefois créer un droit à l'assistance qui aurait les effets les plus désastreux.

Après l'étude de ces deux projets, on a remanié et réuni en un seul projet de loi la législation des enfants assistés qui était représentée par plus de 40 lois ou décrets, se modifiant, s'abrogeant partiellement et offrant souvent des difficultés nombreuses d'exécution.

Enfin on a consacré la session du mois de juin 1891 à l'étude de la révision de la loi de 1838 sur les aliénés et à l'examen du projet de loi accepté par le Sénat et modifié par la Commission parlementaire de la Chambre des députés.

C'est ce projet de loi, connu sous le nom de loi Reinach, qui figure aujourd'hui à notre ordre du jour et qui vient de faire l'objet de la communication fort intéressante de l'honorable docteur Rebatel, président du Conseil général du Rhône.

Les conclusions qu'il nous présente sont celles qui ont été adoptées par le conseil supérieur de l'Assistance publique et que nous avons appuyées, M. le Dr Magnan et moi.

L'opinion du conseil supérieur a été : que la loi de 1838 présentait toutes les garanties qu'on pouvait souhaiter pour le respect de la liberté individuelle ; que les cas de séquestrations arbitraires devraient être réduits à leur juste valeur; qu'une enquête sévère permettait d'affirmer que l'on ne pouvait citer aucun cas de véritable séquestration arbitraire depuis la promulgation de la loi et malgré la fréquence de son application; qu'en admettant même qu'on reconnût le caractère de séquestration arbitraire aux deux ou trois espèces signalées par la Presse, il faudrait avouer que le reproche adressé porterait sur un si petit nombre de cas, qu'il démontrerait par cela même l'excellence de la loi.

On ne peut, en effet, espérer qu'une loi quelconque puisse prévenir tous les abus, on est obligé de tenir compte de toutes les imperfections qui sont le propre de l'humanité et on ne peut exiger, dans la confection d'une loi, que le maximum des garanties qu'elle peut offrir. Ainsi on ne cherche pas à supprimer l'instruction criminelle, parce que des prévenus sont quelquefois détenus préventivement et que leur innocence est ensuite reconnue; on ne veut pas davantage supprimer le Code pénal, parce que des erreurs judiciaires ont pu exister dans l'application des peines.

Les mêmes motifs doivent faire maintenir les dispositions principales de la loi de 1838, qui a été préparée avec le plus grand soin et dont l'application, quoiqu'on en dise, ne laisse pas à désirer.

L'innovation principale du projet nouveau consisterait à trans-

porter à la magistrature la décision d'internement qui appartient à l'administration par la loi de 1838.

Cette innovation n'aurait aucun avantage et aurait des inconvénients certains.

En effet, on prétend éviter ainsi des séquestrations arbitraires et se conformer aux principes de notre droit public, en vertu duquel on ne peut être privé de sa liberté que par décision de justice.

Mais comment est-on plus sûr d'éviter des séquestrations arbitraires ?

Dans un cas comme dans l'autre, ce ne sont pas les magistrats plus que les préfets qui apprécieront si la personne qu'on veut interner est aliénée ou non; on sera obligé de s'en rapporter à l'opinion des hommes de l'art, aux rapports des médecins. Or, il suffit de lire la loi de 1838 pour se convaincre qu'il faut le concours criminel de quatre personnes pour pouvoir obtenir une séquestration arbitraire, savoir : 1° celle qui la demande, 2° le médecin qui signe le certificat; 3° le médecin de l'asile où la personne est internée; 4° le médecin commis par le Préfet.

En admettant que ce soit la magistrature, c'est-à-dire la Chambre du conseil qui ordonne l'internement au lieu d'être le Préfet, si le concours criminel des quatre personnes désignées peut exister, la religion de la magistrature sera surprise aussi bien que pourrait l'être celle du Préfet. Et puisqu'on sera obligé de s'en rapporter aux mêmes personnes pour ordonner un internement, je ne vois pas en quoi l'intervention de la magistrature pourrait offrir plus de garanties.

Maintenant est-il exact qu'on doive recourir à une décision de justice toutes les fois qu'on veut priver quelqu'un de sa liberté ? Oui, s'il s'agit d'un malfaiteur, d'une personne ayant commis un crime ou un délit; mais s'il s'agit d'un malade, et l'aliéné n'est qu'un malade, ne peut-on pas, ne doit-on pas dans l'intérêt général prendre des mesures par voie administrative? Quand il s'agit de faire observer des quarantaines, on ne recourt pas à des décisions de justice, Si on vient à proclamer la nécessité d'isoler les malades atteints de maladies contagieuses, on ne s'adressera pas davantage à la justice. Le caractère de malade, qui ne saurait être refusé à l'aliéné, doit ne pas le faire confondre avec le malfaiteur, et le législateur peut à bon droit, comme on l'a fait en 1838, autoriser son internement par mesure administrative, dans son intérêt et même dans l'intérêt public.

J'ai beau chercher, je ne puis trouver aucun avantage ni aucun motif pour justifier l'ingérence de la magistrature lorsqu'il s'agit d'interner un aliéné. Bien plus, il me semble qu'il y aurait des inconvénients sérieux à modifier la loi dans ce sens.

Tout d'abord les tribunaux ont un nombre considérable de jugements de chambre à rendre et les décisions à prendre pour l'internement des aliénés surchargeraient singulièrement le service dans certaines villes et amèneraient des lenteurs dans l'expédition des affaires. On désire avec raison, dans l'intérêt de la guérison de l'aliéné, qu'il puisse être soumis le plus rapidement possible à un traitement rationnel; ce n'est pas la nouvelle procédure qui favoriserait la rapidité de l'internement.

Enfin si la décision administrative passe inaperçue, un jugement de chambre laisserait des traces, et dans l'intérêt des familles il y a un inconvénient sérieux à insérer dans des greffes la preuve qu'un de leurs membres a été interné par décision de justice, sans compter que l'opinion publique peut souvent être égarée sur les causes et le motif véritable de l'internement.

Le Conseil supérieur a pensé, comme M. Rebatel l'indiquait, que sur ce point les dispositions de la loi de 1838 ne devaient pas être modifiées, mais, comme lui aussi, il croit qu'il y a dans la loi de 1838 des lacunes que le nouveau projet est destiné à combler, notamment pour la gestion des biens des aliénés.

En résumé, les dispositions du projet qui concernent l'assistance des épileptiques, les placements volontaires et la gestion des biens des aliénés, paraissent compléter d'une façon utile la loi de 1838. Mais à ces modifications devraient se borner la révision de la loi qui resterait en vigueur pour tout ce qui concerne les formalités relatives à l'internement.

Cette opinion est celle d'un grand nombre de médecins aliénistes et d'administrateurs. Il vous appartient dans ces assises solennelles de donner un avis qui aura une légitime autorité et l'honorable président de la Commission parlementaire, qui assiste à cette séance, pourra se convaincre, qu'en apportant dans cette discussion le résultat de vos études et de votre expérience, vous ne poursuivez qu'un but, qui nous est commun à tous, le perfectionnement de l'Assistance.

M. Pierret. — Messieurs, je viens, en qualité de médecin de l'asile départemental du Rhône, plaider en faveur de mes clients ordinaires, les aliénés pauvres.

Ils sont à peu près oubliés dans les lois futures, comme ils l'étaient dans la loi de 1838.

Aujourd'hui, comme hier, et demain comme aujourd'hui, l'aliéné *pauvre* et *inoffensif* ne pourra se faire soigner en temps voulu par des médecins compétents.

Sans doute il a, théoriquement, la ressource des placements dits volontaires; mais, pour entrer dans les asiles en qualité de pensionnaire il faut, encore et toujours, de l'argent.

Un ouvrier, n'ayant que sa journée, voit sa femme tomber en un accès de mélancolie. Il voudrait dès le début la faire soigner à l'asile départemental : le peut-il ?

Le certificat médical est tout d'abord indispensable ; d'autre part, il faut, d'avance, payer trois mois de pension.

En tout, c'est une somme de cent vingt francs à trouver.

Dans combien de ménages ouvriers existent ces cent vingt francs ?

Où sont en France les gens éclairés et charitables qui donneraient cent vingt francs pour faire entrer une malade dans un asile d'aliénés ?

Sans ressources et sans secours, le mari se résout à solliciter un placement d'office ; mais ici, il se heurte au texte même de la loi.

La malade est triste, mais inoffensive. Le commissaire délégué fait sa visite : il voit une femme assise dans un coin, indifférente et distraite ; il ne lui trouve pas l'air méchant et conclut avec raison qu'elle n'est pas dangereuse.

Légalement, l'internement d'office (art. 18) est impossible. L'ouvrier pourrait, peut-être, s'il connaissait son existence, réclamer et obtenir, après de longs débats, le bénéfice aléatoire du deuxième paragraphe de l'art. 25, section III, de la loi de 1838 ; mais, quand, par aventure, les réglementations prévues par cet article ont été formulées, elles revêtent toujours un caractère fiscal, réservent la gratuité, sauf recours, aux seuls indigents et constituent pour les pauvres une situation bâtarde, fruit tardif de marchandages sans dignité.

On attend des semaines, des mois ; la misère entre dans la famille, et la malade non soignée s'achemine vers l'incurabilité.

Pourtant, les voisins s'émeuvent, quelque médecin s'attendrit et, par charité, consent à mentir.

Qui oserait le blâmer ?

La malade tranquille et toujours inoffensive est dépeinte comme

extraordinairement méchante, les gens du quartier déposent qu'ils craignent pour leur sûreté. Alors, pour peu que la demande du mari soit apostillée, la loi s'assouplit, et la folle entre dans l'asile, quand il n'est, pour ainsi dire, plus temps de la guérir.

Et bien, je le dis sans hésiter, une loi qui rend nécessaire et justifie de telles supercheries, doit être, sinon changée, du moins complétée.

L'urgence de ces modifications est d'autant plus frappante, qu'aujourd'hui la question sociale se pose et, fort heureusement pour elles, les classes dirigeantes sentent enfin le besoin de remplir plus complètement le devoir d'assistance.

Il est nécessaire d'activer autant que possible la mise en traitement des aliénés pauvres et inoffensifs.

Quant aux aliénés pauvres et dangereux, ils ne m'inquiètent guère. La peur que l'on a d'eux suffit à leur assurer des soins immédiats.

Mais, je le répète, la société qui s'arroge le droit de séquestrer les aliénés pauvres quand elle les redoute, se doit à elle-même d'établir une sorte de compensation en hospitalisant de bonne heure les inoffensifs.

Je demande donc que les lois nouvelles assurent à l'aliéné pauvre et non dangereux les mêmes soins que ceux dont bénéficieront les épileptiques, et je n'ai garde d'oublier que, pour ces derniers, l'impulsion a été donnée par des Lyonnais.

Le vœu que j'émets correspond d'ailleurs à des constatations douloureuses pour notre amour-propre et sur lesquelles se fonde en grande partie ce préjugé si communément répandu que la folie ne guérit jamais.

Il est malheureusement vrai qu'en France nous ne guérissons plus qu'un très petit nombre d'aliénés pauvres.

Le chiffre décroissant des guérisons dans les asiles départementaux a été d'ailleurs signalé depuis longtemps.

En 1853, le rapport des guérisons et des entrées était de 30 °/₀; en 1864 et pour tous les asiles français, il s'abaissait à 27,57 °/₀, pour tomber à 24,08 °/₀ en 1874. Actuellement, il n'est plus guère que de 20 à 22 °/₀ en moyenne.

Telle n'est pas la situation dans les asiles d'Angleterre et d'Ecosse.

Pour les asiles de comtés ne recevant que des pauvres, et parmi ceux-ci beaucoup de déments, d'idiots ou d'incurables d'emblée, la proportion des guérisons est encore de 40,28 °/₀ en Angleterre, de 41,06 °/₀ en Ecosse.

C'est une différence de près de moitié ; en sorte que nous nous trouvons mis en face de cette proposition, dont l'importance, au point de vue social, est énorme : à savoir que chaque année des centaines d'aliénés pauvres deviennent incurables par un défaut d'assistance.

Pourtant, nous avons connu des temps meilleurs, et j'éprouve un douloureux plaisir à invoquer l'autorité de Parchappe qui, dans l'asile départemental de Saint-Yon, de 1835 à 1843, obtenait 43,06 °/₀ de guérison sur toutes les entrées, tandis que dans une région bien différente, de 1841 à 1850, Aubanel, médecin en chef de l'asile de Marseille, guérissait un aliéné sur trois.

Avec bien de la peine nous en guérissons un sur cinq.

La situation des aliénés riches est tout autre, et je sais qu'en France, pour les malades traités à domicile ou dans les asiles privés, les statistiques constatent un nombre sérieux de guérisons.

Mais si, par une réserve facile à comprendre, je ne puis citer ici les résultats obtenus par certains de nos confrères, je puis invoquer ceux d'un aliéniste anglais, M. le Dr Savage, à l'hôpital de Bethlem.

Ici, la clientèle est différente, les malades hommes et femmes payent pension ; et, d'ailleurs, en Angleterre, des sociétés charitables prennent à leur charge les frais de séjour dans les asiles, en faveur de certains malades.

M. le Dr Savage a obtenu de 55 à 60 °/₀ de guérisons, en moyenne, et ses chiffres s'appliquent à des malades des deux sexes durant une période de dix années s'étendant de 1866 à 1876.

Je n'insiste pas.

La décroissance dans le nombre absolu des guérisons obtenues dans les asiles départementaux, sur les aliénés pauvres, tient à des causes variées, dont la plus efficace, à coup sûr, est le retard de plus en plus grand que subissent les internements des malades inoffensifs.

Or, la curabilité de la folie varie singulièrement selon le temps qui s'est écoulé entre le début réel de la maladie et celui du traitement.

D'après Guislain, elle est de 60 °/₀ dans le premier mois et tombe à 25 °/₀ dès le second. A la fin de la première année, elle devient à peu près incurable.

Retarder l'admission d'un aliéné pauvre et inoffensif, c'est donc compromettre gravement ses chances de guérison.

D'ailleurs, et ici je m'adresse aux membres des Conseils généraux : Quand ces malades, longtemps repoussés, finissent par entrer dans les asiles, c'est pour n'en plus sortir.

De là un encombrement croissant qui, d'une part, domine les chances de guérison pour les aliénés encore curables, et, de l'autre, impose aux départements des sacrifices sans cesse renouvelés qui usent peu à peu l'esprit de charité des conseillers généraux.

En y regardant de très près, il est pourtant visible que l'encombrement des asiles publics cesserait absolument, si le chiffre moyen des guérisons se relevait de douze à quinze pour cent.

Ce serait peut-être trop d'ambition.

Il existe, d'ailleurs, d'autres moyens de réduire et même d'annuler l'excédent des entrées sur les sorties.

Il faut, en dehors des asiles, créer l'assistance pour les aliénés pauvres.

A l'aide de visites à domicile réglées par des associations charitables, des consultations gratuites bien organisées, beaucoup de rechutes seraient évitées et même quelques cas de folie enrayés dès le début.

Si, d'autre part, le nombre des guérisons était augmenté en rendant *légal* et complètement *gratuit* pendant six mois, l'internement des aliénés inoffensifs et pauvres dont la maladie a été déclarée *curable*, on verrait certainement la population de nos asiles rester pour le moins stationnaire.

Je crois donc que, dans l'intérêt de tous, la loi de 1838, bonne dans ses dispositions générales, doit subir des modifications qui en fassent une véritable loi d'assistance et de charité.

Loin de rendre les admissions difficiles, comme le voudrait M. Reinach, il les faut activer par tous les moyens et réaliser enfin le desideratum exprimé par l'honorable rapporteur de la loi de 1838, M. Vivien, quand il écrivait les lignes suivantes :

« Des mesures doivent être prises pour que *tous* les aliénés dont la raison n'est pas *irrévocablement détruite*, obtiennent un traitement *immédiat* et complet. »

M. Bouchereau fait remarquer qu'on ne peut comparer entre elles les statistiques de guérison de différents pays ; ces statistiques d'une part, ne sont pas établies dans les mêmes conditions, et, d'autre part, la population des asiles d'un même pays, est elle-même très variable : il en est qui reçoivent beaucoup d'alcooliques,

et qui fournissent, par conséquent, une proportion assez grande de guérisons ; d'autres, au contraire, sont peuplés presque exclusivement de déments, et le chiffre des guérisons y descend à zéro.

M. Christian (de Charenton). — Ce n'est pas seulement dans les asiles publics que le nombre des guérisons est excessivement faible; à Charenton, qui ne reçoit que des pensionnaires, on ne compte pas plus de 5 à 6 guérisons pour 100, et je crois que la proportion n'est pas beaucoup plus élevée dans la plupart des asiles privés.

M. Pierret. — J'ai fait la même remarque à l'asile de Bron, où il existe également une division de malades payants.

M. Camuset. — Messieurs, il paraît inutile de rien ajouter aux remarquables discours que vous venez d'entendre, et si quelques-uns d'entre vous pensaient, en arrivant ici, qu'il était opportun de réviser sérieusement la loi de 1838, devant les arguments qui viennent de nous être si bien exposés, ils ont abandonné cette opinion.

Je vous demande cependant la permission de dire quelques mots sur ce sujet. C'est au nom de mes collègues, les directeurs médecins des asiles publics, dont certainement je suis l'interprète, que je voudrais insister sur ce fait que cette loi de 1838, si calomniée, est cependant foncièrement libérale.

Ce qu'on lui reproche à cette loi, c'est de ne pas protéger suffisamment la liberté individuelle, on la combat au moyen d'histoires plus ou moins dramatiques de séquestrations arbitraires. — Mais nous savons que jamais on n'a pu produire un seul exemple véritablement authentique de séquestration arbitraire, en France du moins, et à notre époque. Il serait fastidieux de revenir ici, sur toutes les histoires fantaisistes qui ont eu cours dans le grand public à ce sujet.

Au contraire, ce qu'il faut bien noter, c'est que la loi de 1838, strictement appliquée, est le meilleur garant qui soit de la liberté individuelle.

Je ne veux pas entrer dans le détail des diverses formalités, imposées par le législateur, de l'admission d'un aliéné dans un asile. Prenons le sujet après son entrée dans l'établissement. Il peut, dès son entrée, correspondre avec le dehors, il peut écrire

aux différentes autorités judiciaires et administratives, aux députés, conseillers généraux, etc.. Et nous savons combien certains malades usent et abusent de ce droit, droit du reste, non seulement équitable, mais aussi nécessaire. — Les médecins, les directeurs des asiles et des maisons de santé, sont tenus de transmettre toutes les lettres écrites par les malades. Dans ces derniers temps une circulaire émanée du Procureur général de Paris, je crois, ou peut-être du ministère de la justice, a prescrit de transmettre les lettres adressées aux magistrats sans les annoter, et même sans les ouvrir.

On conviendra qu'il est difficile dans de telles conditions, qu'un individu traité dans un asile, et qui, à tort ou à raison, se croit sain d'esprit, ne puisse, en peu de temps, attirer l'attention sur sa situation.

En outre, l'autorité judiciaire délègue des magistrats qui doivent visiter les maisons d'aliénés situées dans le ressort le plus souvent possible, mais un nombre de fois, dont le minimum est fixé. Les magistrats délégués causent avec les malades, reçoivent leurs doléances, et ils peuvent ordonner la sortie immédiate de ceux d'entre eux qu'ils ne pensent pas être à leur place dans un asile d'aliénés, cela contre l'avis des médecins, après une décision prise en Chambre du Conseil.

D'après la loi de 1838, le magistrat peut donc faire sortir d'un asile, un sujet que le médecin voudrait y garder. — C'est ce qu'on ne sait pas assez dans le monde. — La chose est elle sans inconvénient? — Certainement non, et sur ce point, il y aurait quelques modifications à apporter à la loi. Est-ce qu'une commission composée de magistrats et de médecins aliénistes, ne devraient pas dans les cas litigieux, trancher les questions de la sortie ou de la maintenue du sujet?

Les malades que les magistrats font ainsi sortir, contre l'avis du médecin, sont ordinairement soit des paralytiques généraux en rémission plus ou moins incomplète, soit de ces sujets que l'on englobe sous l'appellation vulgaire, mais peu scientifique, de fous lucides.

Pour ce qui est des paralytiques généraux en rémission, nous avons tous rencontré des exemples de sorties intempestives, dont les conséquences ont été déplorables pour eux, et pour leurs familles. J'ai connu un de ces malades renvoyé par ordre judiciaire, contrairement à l'avis du médecin, contrairement au désir des parents, qui, en quelques années, dissipa complètement son

patrimoine et celui de sa famille, et qui vint ensuite mourir en marasme paralytique dans un asile public de la Seine, où on l'avait reçu comme indigent.

Quand il s'agit de fous moraux, de persécuteurs non hallucinés, de persécutés chroniques qui dissimulent, etc., une sortie intempestive peut avoir des conséquences d'une bien autre gravité encore. On rencontre parmi ces sortes de malades, des cas d'une délicatesse extrême et qui exigent une grande expérience des maladies mentales. Ces aliénés sont parfois très intelligents, toujours ils sont raisonnants, souvent, très souvent, ils sont dangereux. Trompés par les apparences, ce sont eux précisément que les magistrats rendent à la vie commune. — Sous ce rapport, ne pourrait-on pas reprocher à la loi de trop se préoccuper de la liberté individuelle, et pas assez de la sécurité publique?

Cependant on propose, pour qu'il ne puisse plus y avoir de séquestrations arbitraires dans les asiles, séquestrations qui, je le répète encore, sont actuellement impossibles avec la loi de 1838 strictement observée, on propose de faire intervenir les tribunaux pour le placement des aliénés. MM. Rebatel et Sabran viennent, dans d'éloquents discours, d'exposer les grands inconvénients qui résulteraient, pour les malades et pour les familles, de cette proposition si elle était adoptée, cela sans que la liberté individuelle fut mieux sauvegardée qu'elle ne l'est déjà.

Si cette modification est admise par les parlements, il est certain qu'après un certain temps les magistrats feront ce que font aujourd'hui les préfets, ils baseront leurs jugements d'admission sur les certificats médicaux exclusivement. Mais il pourrait y avoir, dans certaines régions au moins, une période de transition néfaste, celle pendant laquelle les magistrats, jusqu'à ce que l'expérience leur ait démontré leur erreur, voudront absolument juger par eux-mêmes de l'état mental des sujets et de l'opportunité de l'envoi dans les asiles.

Est-ce à dire que les choses, en ce moment, soient pour le mieux? — Non. — En pratique, excepté dans les départements dont les chefs-lieux sont des grandes villes, comme la Seine, le Rhône, le Nord, la Gironde, etc..., excepté peut-être aussi dans quelques autres qui constituent d'assez rares exceptions, les placements dits d'office ne sont ordonnés par les préfets qu'après entente préalable avec les maires des communes habitées par les aliénés. Il y a là une question financière qui malheureusement prime les autres. A moins que de notoriété publique ces aliénés

ne soient reconnus comme très dangereux, les préfets ne prennent pas d'arrêté de placement sans le consentement des maires des communes. Il faut d'abord que ceux-ci s'engagent, au nom de la commune, à payer la quote part des frais de séjour des malades dévolus à cette dernière. J'appelle l'attention du Congrès sur ce point. Dans beaucoup de départements, et ce ne sont pas les moins riches, il existe nombre d'aliénés indigents qui vivent misérables et sans secours et qui, malgré les démarches et les prières de leurs familles, ne peuvent être admis dans l'asile public. Les médecins ont donné des certificats concluant à la nécessité du placement dans un établissement d'aliénés, mais les maires ont prétendu que ces malades étaient tranquilles et inoffensifs et que la commune ne voulait payer aucune partie de leur pension, alors les préfets n'ont pas pris d'arrêté de placement en leur faveur.

La loi ne devrait pas permettre de tels faits. Les aliénés sont des malades et tous les malades indigents ont droit à l'hospitalisation. En outre, il arrive souvent que ces aliénés déclarés inoffensifs par les maires commettent justement plus tard les attentats les plus graves. C'est ce qu'on observe notamment chez les idiots et les imbéciles à accès délirants brusques et passagers. Dans certains asiles publics on est étonné du grand nombre d'idiots et d'imbéciles qui ont commis des actes criminels avant leur entrée. C'est que ces asiles appartiennent à des départements où sont suivis les errements que j'indique, et où les municipalités très économes attendent pour dire qu'un aliéné est dangereux qu'il ait commis un viol, qu'il ait allumé un incendie ou qu'il ait tué quelqu'un.

En résumé, il y a bien peu de modifications à apporter à cette loi de 1838 qui, comme nous l'a dit M. le Préfet, a rendu de grands services, et il ne faut y toucher que très délicatement. Mais le fantôme des séquestrations arbitraires semble absorber à lui seul l'attention de tous, et l'on ne se préoccupe pas assez des points réellement défectueux, comme par exemple de la question de la gérance des biens des aliénés. Des malades riches peuvent être privés, dans les maisons de santé, du bien-être auquel ils sont habitués parce que les tuteurs et les familles veulent économiser sur la pension. De tels faits ne devraient pas pouvoir se produire.

Je viens de signaler l'influence trop grande des municipalités des communes rurales, dans certains départements, sur les déci-

sions des préfets en ce qui concerne le placement des aliénés indigents. En terminant je veux encore appeler l'attention sur l'insuffisance sous tous les rapports, des infirmiers préposés à la garde de nos malades. Tous, nous voudrions qu'on créât un corps d'infirmiers spéciaux pour les aliénés, corps hiérarchisé et bien recruté. Cette question des gardiens d'asiles, qui semble minime, a dans le fait, une grande importance. — Mais ce ne sont que des modifications de ce genre qu'il est opportun d'apporter à la loi actuelle, et la plupart d'entre elles pourraient être obtenues par le moyen de simples règlements d'administration publique.

M. Giraud (de Saint-Yon). — Messieurs, je ne veux pas abuser de vous après les éloquents discours que nous venons d'entendre et j'aurais mauvaise grâce à répéter ce qui vient d'être fort bien dit. L'honorable M. Rebatel a invité les médecins des asiles publics à faire connaître leur sentiment et je viens répondre à son appel. La question de l'intervention des magistrats dans le placement des aliénés me paraît tranchée, pour nous tous, dans le même sens qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Nous avons émis, l'année dernière, au Congrès de Rouen, le vœu qu'il ne soit pas créé pour chaque asile, un poste de médecin inspecteur avec les attributions prévues par le projet de loi, et le Conseil supérieur de l'Assistance publique a donné un avis conforme au nôtre. Ce sont là des points sur lesquels il me semble inutile de revenir. Je me bornerai, en ce moment, à appeler l'attention sur les inconvénients qu'une décentralisation excessive peut avoir pour le service des aliénés. Nous venons d'admirer l'Asile de Bron, et notre Président a pu féliciter les représentants du département du Rhône de la manière dont l'assistance des aliénés avait été comprise. L'année dernière mon collègue de l'asile de Quatre Mares et moi, nous avons pu faire aux membres du premier Congrès annuel les honneurs des asiles de la Seine-Inférieure et faire voir, nous aussi, de beaux établissements. Beaucoup d'autres départements se sont imposés des sacrifices pour l'assistance des aliénés; mais malheureusement, la règle n'est pas générale et, sous la législation actuelle, si les Conseils généraux sont tout puissants pour bien faire, ils sont omnipotents aussi pour ne rien faire ou pour faire mal. Je pourrais citer des départements où, non seulement, l'assemblée départementale a refusé de laisser exécuter des améliorations nécessaires dans l'Asile, mais encore s'est emparée des économies réalisées dans

l'établissement en vue de ces améliorations. Le Conseil d'Etat a déclaré irrégulière cette manière de procéder, mais les Conseils généraux ont une manière légale de s'emparer des ressources propres aux asiles; il leur suffit de réduire le prix de journée payé pour les aliénés indigents. Le département réalise une économie et l'asile est contraint de faire un prélèvement sur ses ressources propres pour combler le déficit dû à l'insuffisance du prix de journée payé par le département. Je sais que l'attention du Conseil supérieur de l'Assistance publique a été appelée sur ce point, et j'ai cru nécessaire d'insister près de vous. Il n'est pas naturel que le traitement soit inégal pour un aliéné suivant qu'il se trouve d'un côté ou de l'autre des limites d'un département. D'une manière générale et abstraction faite de toute question politique, il me semble que les asiles ont fait, depuis vingt ans, moins de progrès qu'ils n'en avaient fait dans les vingt années qui ont suivi la promulgation de la loi sur les aliénés, quand le service était plus centralisé et sous l'autorité d'inspecteurs généraux tels que Ferrus et Parchappe. En tout cas, il est dangereux pour les asiles, de rester sans autre contrôle réel que celui de commissions locales : car, ceux qui exercent ce contrôle, alors qu'ils sont animés des meilleures intentions, peuvent manquer de compétence ou tout au moins d'expérience.

M. Parant (de Toulouse) rappelle la façon dont sont faites les enquêtes des parquets lors de l'admission des malades dans les maisons de santé; elles enlèvent toute garantie de discrétion aux informations prises à l'égard de l'aliéné et sont vexatoires pour les familles.

M. Rouby (de Dole). — Messieurs, en 1889, M. l'avocat général Cottignies, dans une séance solennelle de rentrée au Palais-de-Justice de Besançon, traitant de la nouvelle loi sur les aliénés, attaqua la loi de 1838.

Si M. Cottignies avait lu attentivement cette loi, s'il avait lu aussi les discussions préalables qui eurent lieu à la Chambre des pairs et au Sénat, il est probable que ses conclusions eussent été différentes, mais en tout cas, en se faisant l'écho de ceux qui attaquent la loi de 1838, cet honorable magistrat nous rend un service; ses arguments sont formulés avec précision ; nous pouvons par conséquent les saisir, les discuter et les combattre et en réfutant ses conclusions repousser en même temps les attaques des autres adversaires de la loi de 1838.

Pour nous l'ancienne loi est une loi bien faite. Elle est susceptible d'amélioration, mais dans des points autres que ceux qu'on a touchés. La loi nouvelle, si elle est votée, sera une loi moins bonne que la précédente ; elle sera peu pratique et ne produira pas ce qu'on attend d'elle. C'est ce que nous voulons démontrer en comparant quelques points de la nouvelle et de l'ancienne loi.

Dans son mémoire, M. Cottignies divise les aliénés en offensifs et en inoffensifs : on doit séquestrer les premiers, on doit laisser en liberté les seconds ; telle est l'esprit de la nouvelle loi.

Le premier reproche que je ferai à cette argumentation, c'est de ne tenir aucun compte d'une manière de voir qui, pour nous, prime toutes les autres : pour un médecin, *l'internement d'un aliéné a pour but principal son traitement et sa guérison.* Il aurait fallu que cette maxime fondamentale fut inscrite en grosses lettres en tête de la loi et fût ainsi toujours présente aux yeux du législateur. Il aurait fallu que le danger qu'un aliéné fait courir soit aux autres, soit à lui-même, ne fût pas regardé comme la cause unique et principale de la séquestration d'un malade. Dans la rédaction des articles de la nouvelle loi, on s'est occupé de la liberté de l'aliéné, nullement de sa guérison ; ce qui importe au législateur, c'est de savoir si le malade a commis des actes qui nécessitent ou ne nécessitent pas son internement ; peu lui importe qu'il se guérisse ou ne se guérisse pas. Au lieu d'être regardés comme des maisons de santé, les asiles sont regardés comme des annexes de la prison où l'on met sous les verroux des coupables inconscients.

Si les sénateurs qui ont rédigé, discuté et voté la nouvelle loi avaient eu présente à l'esprit cette pensée de guérison de l'aliéné, combien d'articles inutiles et quelques-uns dangereux n'aurait-on pas supprimés ! Les aliénés sont des malades, mais ce ne sont pas des malades comme les autres pouvant être soignés chez eux ; ils n'ont pas conscience de leur maladie ; ils ne croient nullement avoir besoin d'un traitement ; ils le refusent absolument et s'irritent si on veut le leur imposer. De là, nécessité de l'internement de l'aliéné dans un asile ou une maison de santé, *même dans le cas où il est inoffensif*, pour lui faire suivre le traitement qui peut le guérir et qu'il refuse de suivre en restant en liberté.

De plus, cette nécessité de l'internement est surtout utile au début de la maladie lorsqu'un traitement convenable, imposé au malade, peut amener sa guérison. On ne commence jamais assez

tôt le traitement. Si on ne se contente pas des symptômes simples de folie pour interner l'aliéné; si on veut qu'il ait commis des actes scandaleux ou dangereux, on attendra souvent plusieurs années et lorsqu'il sera conduit au médecin qui peut le guérir, le pauvre aliéné sera incurable. Nécessité donc de l'internement même lorsque le malade est inoffensif, pour le traiter et le guérir si c'est possible.

M. Cottignies s'inquiète de savoir si un aliéné est inoffensif ou s'il ne l'est pas; s'il doit être laissé en liberté dans le premier cas, ou séquestré dans le second.

On peut lui répondre ceci, en le suivant dans sa manière de voir : 1° un aliéné inoffensif aujourd'hui peut être dangereux demain; on n'a qu'à lire les faits divers d'un journal quelconque, pour trouver presque chaque jour l'histoire d'un crime commis par un aliéné laissé en liberté, sous prétexte qu'il était sans malice; un tel malade, qui tuera demain, n'était pas assez malade la veille pour être interné.

Aujourd'hui mon journal me raconte les deux cas suivants; une mère se lève pendant la nuit sans réveiller son mari, prend dans son berceau sa petite fille âgée de deux ans et l'emporte au jardin. Elle creuse un trou, y couche l'enfant et la couvre de terre; puis elle va tranquillement se remettre au lit. Le lendemain, lorsqu'on s'aperçoit de la disparition de sa petite fille, on interroge la malade; elle répond qu'elle est au ciel.

L'autre cas a trait à une personne qui, poursuivi par des hallucinations, écoute les voix qui lui persuadent de se pendre à sa fenêtre et qui met son projet à exécution.

2° Un aliéné peut n'être pas dangereux au point de vue des homicides, coups et blessures, attentats publics à la pudeur; il peut l'être au point de vue des calomnies, des accusations mensongères lorsque le délire des persécutions le pousse; il peut l'être en cachant ses crimes ou ses attentats. Pour mieux me faire comprendre, je citerai l'exemple de quelques malades qui paraissaient inoffensifs et qui ne l'étaient pas, d'autres qu'on mit en liberté et qu'il fallut réintégrer quelques jours après leur sortie, parce que libres ils étaient devenus offensifs.

L'un d'eux, un jeune homme atteint d'hallucinations et de délire des persécutions, paraissait doux et incapable de faire du mal; mais, comme chez beaucoup d'aliénés, il savait cacher sa méchanceté. Mis en liberté, il vint habiter sa maison; son délire des persécutions se porta sur son locataire; il se cacha pour lui jeter

des pierres et d'autres objets du haut de son escalier, mais toujours sans témoins ; un jour il lui lança une énorme barre de fer qui faillit lui casser la jambe. Ce locataire m'écrivit pour me faire part de ses terreurs et me demander conseil ; je lui répondis de faire une plainte adressée au maire de la petite ville pour faire interner le jeune homme d'office, après examen médical. Le maire interrogea le malade ; celui-ci nia tout et parut si doux, si calme, si innocent, que son internement ne parut pas nécessaire. Le locataire abandonna son bail et changea de logement. Que fit le malade, seul maître dans sa maison ? Il en profita pour attirer chez lui des petites filles de six à huit ans ; il leur donnait des bonbons et des sous et se livrait sur elle, sans les violer, à des actes obscènes. Il invitait même parfois un autre aliéné en liberté à ces parties fines, disait-il ; c'est par ce dernier, entré plus tard dans ma maison, que je connus ces détails.

Un autre malade était interné depuis plusieurs années avec un certificat d'entrée portant qu'il était dangereux ; chez nous, il n'avait commis aucun acte méchant ; sa famille jugeant qu'il était inoffensif depuis longtemps, voulut lui rendre la liberté et le plaça à la campagne chez un fermier chargé de le surveiller et de l'occuper aux travaux des champs. Quelques semaines plus tard, il mit le feu à une meule de blé appartenant à un voisin qu'il ne connaissait nullement ; cet acte fut commis sans motifs, sans esprit de vengeance, pour le seul plaisir de faire du mal ou bien de se donner un spectacle intéressant, car on ne put savoir de lui à quel sentiment il avait obéi en allumant cet incendie.

Un troisième malade, dont j'ai relaté l'observation ailleurs, mis en liberté judiciairement, sur la demande du maire qui le croit inoffensif, retourne dans son pays ; mais, refusant de voir sa famille, il va se loger dans une auberge et ne cesse de tenir sur sa mère et ses sœurs les propos les plus méchants et les plus orduriers, les accusant non seulement d'empoisonnement, mais encore d'autres crimes abominables, trouvant, dans des cafés de bas étage, des auditeurs heureux d'entendre salir des personnes honorables. Pour punir sa famille, dit-il, il fait à une fille quelconque une donation de tous ses biens, qui se trouve valable. Puis ses extravagances deviennent telles, que le maire de la commune lui même demande sa réintégration deux mois après avoir aidé à sa sortie de tout son pouvoir.

Je citerai encore l'observation d'une autre malade inoffensive. Chaque jour, habillée d'un costume excentrique, elle sortait à la

même heure et venait à la fontaine située au milieu de la place, faire ses ablutions avec force signes de croix. Tous les gamins du village l'accompagnaient en poussant de grands cris de joie. Ses parents n'osaient plus quitter leur demeure ; ce n'était pas la folle qui était internée, c'était sa famille.

Cette série de faits me conduit à dire ceci : l'intérêt des familles mis en présence de l'intérêt du malade, doit peser dans la balance lorsqu'il s'agit d'interner ou de ne pas interner un aliéné ; cette considération, la loi ancienne, comme la loi nouvelle, n'en tient aucun compte. Or, un aliéné, bien qu'inoffensif, peut devenir, par ses actes, la risée d'une ville ou d'un village ; il peut, comme dans le cas précédent, enlever à une famille le bonheur et la tranquillité ; il peut empêcher les jeunes membres de cette famille de se marier dans des conditions en rapport avec leur condition sociale; il peut se faire, par conséquent, que pour un membre inutile, sinon dangereux, toute une famille se trouve sacrifiée. – Est-ce justice ?

Peut-on dire que cet aliéné soit complètement inoffensif ? Si ses parents ont des devoirs à remplir envers un enfant aliéné, ils en ont aussi à remplir envers leurs enfants sains d'esprit. Voulez vous des exemples ? En voici deux :

Dans l'un, les parents placent leur enfant dans une maison de santé ; dans l'autre, le malade est soigné par la famille.

Un père de famille a plusieurs enfants ; l'aîné, atteint d'hallucinations, est interné depuis de longues années ; son père, sa mère, ses frères et sœurs, ses beaux-frères et belles-sœurs l'aiment et le lui prouvent en venant le voir souvent, en lui écrivant chaque semaine, en lui procurant tout ce qui peut le rendre heureux. Le public a oublié l'existence de ce malade ; la famille, entourée de la considération et de l'estime de tout le monde, tient dans la ville un train de maison en rapport avec sa fortune ; le père a marié ses autres enfants à des personnes d'un rang égal au sien sinon supérieur ; le malade ne se trouve pas malheureux loin des siens et ne leur cause, par sa présence, aucun dommage moral.

Par opposition, voici une seconde observation : Dans une famille se trouve une jeune fille aliénée ; les parents ont voulu la conserver auprès d'eux et, pour ce faire, ont tout sacrifié. On a quitté la ville pour aller habiter dans un village éloigné une maison écartée ; toutes les relations ont été brisées, toutes les habitudes changées ; le rire, la joie et le bonheur ont disparu. La

pauvre malade a fini par devenir semi-furieuse et n'a plus laissé trêve ni repos aux membres de sa famille transformés en gardiens. Les sœurs ont pris peu à peu de l'âge, ont perdu l'espoir de se marier, mènent l'existence la plus triste et la plus malheureuse; le fils ne pouvant plus supporter cet enfer a quitté la maison paternelle. Chez les parents eux-mêmes la tendresse si vive pour leur enfant, que la maladie avait même exaltée au début, a fait place depuis à d'autres sentiments moins tendres. Le fardeau est lourd à porter et il faut le porter trop longtemps; on finit par soigner cet enfant par devoir et non par affection. Si la malade dans les premières années a été mieux traitée dans sa famille, que dans une maison de santé, le contraire a lieu en ce moment.

Après avoir lu ces deux observations, osera-t-on dire que les parents du second malade ont mieux rempli leurs devoirs que les parents du premier?

Donc résumant cette partie de mon mémoire nous dirons que : 1° on est jamais certain qu'un aliéné est inoffensif; 2° qu'un aliéné en liberté, sans être dangereux, est parfois profondément offensif pour sa famille.

Entrons maintenant dans le vif de la question; étudions comment se fait l'admission d'un aliéné dans une maison de santé, d'après l'article 8 de la loi du 9 juin 1838 et comment cette admission se produira d'après les articles 20 et 21 de la nouvelle loi, si celle-ci est votée définitivement.

« Les articles 8 et suivants de la loi de 1838, dit M. Cottignies, « permettent à toute personne d'en faire enfermer une autre, en « produisant un simple certificat de médecin. La loi de 1838 « n'exige même pas le visa de l'administration, et le placement est « fait dans un établissement privé. C'est ce qu'on appelle un pla- « cement volontaire, expression impropre s'il en fut jamais. »

Le terme *placement volontaire* a été créé comme opposition au terme *placement d'office*. S'il est impropre en ce qui concerne l'aliéné, il ne l'est pas au point de vue de la famille qui fait le placement; il est difficile, du reste, d'en trouver un autre mieux approprié.

M. Cottignies se trompe en ce qui concerne l'admission d'un aliéné dans un établissement privé, en croyant qu'un certificat de médecin suffit; il oublie de parler des autres clauses protectrices; il omet la clause principale celle qui empêche absolument les séquestrations arbitraires d'avoir lieu; je veux parler de l'art. 9; je le citerai tout à l'heure.

Enumérons les nombreuses formalités nécessaires pour faire entrer un malade dans une maison de santé, formalités qui n'ont toutes qu'un seul et même but, garantir l'individu contre une séquestration arbitraire :

1° Il faut une demande d'admission signée par une personne, parente ou amie qui demande le placement et qui prend par écrit la responsabilité de l'internement, responsabilité effective puisque cette personne en cas de séquestration arbitraire, pourrait être poursuivie par le parquet;

2° Il faut un certificat d'un médecin étranger à l'établissement, et qui ne soit allié ni au malade ni au directeur de la maison de santé. Ce certificat constate non seulement l'aliénation, mais il doit indiquer *les particularités de la maladie* et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée. Je souligne particularités de la maladie; en inscrivant dans la nouvelle loi, les mots *énonciation des circonstances* on n'innove rien; ce sont d'autres mots pour exprimer les mêmes choses;

3° On devra produire un passeport ou tout autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer;

4° Lorsque le malade sera entré, le médecin-directeur fera un rapport concernant l'état de santé du malade, dans lequel il doit reconnaître que la personne qu'on lui confie est réellement aliénée. Ce rapport est inscrit dans un registre officiel. La copie de ce rapport et des différentes pièces précitées doit être remise dans les 24 heures entre les mains du préfet.

On n'est donc pas dans la réalité des faits en disant que la loi de 1838 n'exige pas le visa de l'administration pour les placements volontaires. Si elle ne l'exige pas avant, elle l'exige dans les 24 heures qui suivent l'admission du malade.

Ces dispositions sont communes aux établissements publics et privés; pour les premiers, la loi a supposé qu'elles étaient une garantie suffisante, parce que les directeurs, étant payés par l'Etat, n'avaient aucun intérêt à recevoir des malades non aliénés. Pour les seconds, les directeurs des établissements privés, il existe un article 9 dont M. l'Avocat général a oublié l'existence et qui est pourtant de la plus grande importance; je dois même dire immédiatement qu'à mon avis, la nouvelle loi ne fera rien de mieux; cet article est le suivant :

Art. 9. « Si le placement est fait dans un établissement privé, « le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin,

« chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne « désignée dans le bulletin à l'effet de constater son état « mental et d'en faire un rapport sur le champ. Il pourra leur « adjoindre telle autre personne qu'il désignera. »

Ainsi, pour donner un exemple à l'application de cette loi, voici ce qui se passe : Dans les 24 heures les copies des trois pièces exigées par la loi (demande d'admission, certificat du médecin étranger, et certificat du médecin de la maison de santé) sont envoyés à la Préfecture du lieu où se trouve situé l'établissement. Le préfet envoie une dépêche télégraphique à un médecin de la ville, (tous les médecins sont désignés à tour de rôle), le priant de venir constater l'état mental du malade nouvellement admis. Le docteur désigné fait une visite, voit le malade, l'interroge, l'examine aussi souvent et aussi longuement qu'il le désire; il constate par écrit, sur le registre officiel de l'établissement, l'existence de l'aliénation mentale et, rentré chez lui, il fait un rapport détaillé qu'il adresse directement au Préfet.

En ce qui me concerne, il est arrivé une fois que le médecin, nommé par le préfet, ne constata point l'aliénation mentale chez un nouvel admis dans ma maison, et fit un rapport dans ce sens. C'était un malade au premier degré de la paralysie générale avec des alternatives de folie et de lucidité; la veille au soir il avait été dans un café-concert et sans être en état d'ivresse, il avait prétendu qu'une des chanteuses était sa femme, voulant l'emmener de force, criant, cassant les meubles, ameutant la foule, il avait finalement été emmené par la police. Deux jours après son entrée, lorsque mon confrère le vit, il paraissait tellement sain d'esprit, il expliquait avec tant de lucidité les faits de l'avant-veille que le doute était permis. Le préfet, au vu du certificat négatif, adjoignit deux autres médecins au premier; lorsqu'ils vinrent visiter le malade, il était dans une crise d'agitation et de délire; le doute n'était plus permis : la paralysie générale suivit du reste sa marche ordinaire, attaques convulsives, paralysie des membres, gâtisme et mort en furent la conséquence.

Je cite ce fait pour bien prouver que l'article 9 est l'article protecteur par excellence pour la personne admise dans une maison de santé. Ce n'est pas tout; il en existe d'autres :

D'après l'article 11, « quinze jours après l'admission du malade, « le médecin de l'établissement devra envoyer à la préfecture un « nouveau certificat confirmant ou rectifiant, s'il y a lieu, les « observations contenues dans le premier certificat, en indiquant

« le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de « démence. »

D'après l'article 13, « toute personne placée dans un établisse- « ment d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les méde- « cins auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent « que la guérison est obtenue. »

Est-ce tout? Non. D'autres garanties existent encore.

Tous les intéressés ont le droit d'écrire soit au préfet, soit au procureur de la République, soit au président du tribunal pour demander leur mise en liberté ; le directeur de l'établissement a le devoir de faire parvenir ces lettres à leur destination; pour ma part j'en remets plus de deux cents par an.

Le préfet, le sous-préfet, le maire de la ville, le procureur de la République, le président du tribunal, ont le droit de visiter les maisons de santé, et quelques-uns d'entre eux, le procureur de la République entre autres a le *devoir* de le faire. Dans ces visites, qui ont lieu chaque trimestre au moins, ce dernier interroge chaque malade, reçoit ses plaintes et juge si, oui ou non, il y a internement arbitraire.

Ces différents articles ont une sanction et une sanction importante. Les contraventions aux articles cités plus haut sont punis d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de cinquante à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines. En outre le retrait de l'autorisation de tenir une maison de santé est prononcé. C'est donc pour le médecin coupable de séquestration le déshonneur et la ruine.

Pour changer ces articles de loi, s'est-il passé en France quelques faits de séquestration motivant ce changement? Non, Messieurs, depuis que la loi de 1838 a été votée, aucune condamnation de ce genre n'a été prononcée, c'est dire qu'il n'y a eu aucun cas de séquestration arbitraire en France; or, trois cent cinquante mille malades environ sont entrés dans les établissements publics ou privés depuis cette époque. Tous les faits cités par les journaux étaient des cas d'aliénation véritable; ils ont été étudiés dans les revues spéciales, et la lecture des faits ne laisse aucun doute dans l'esprit de ceux qui étudient avec le désir de chercher et de trouver la vérité.

Je dois le dire, c'est dans l'honorabilité du corps médical qu'existe la véritable garantie du malade; les médecins de France sont des gens honnêtes et aucun d'entre eux n'est capable de commettre l'infamie d'interner comme fou un homme sain d'esprit.

Les garanties administratives et judiciaires nombreuses inscrites dans la loi de 1838, l'honorabilité du corps médical empêchent toute séquestration comme nous venons de le voir ; aussi nous ne comprenons pas qu'un avocat général se fasse l'écho d'un public irréfléchi et écrive des phrases comme celle-ci : « Est-il possible, est-il raisonnable de donner peut-être à un pra- « ticien de village, un pouvoir supérieur à celui des préfets et de « toutes les juridictions judiciaires, le droit de faire enfermer un « homme pour toujours, s'il lui plait, sans avoir à exposer des « motifs ni à rendre compte ? »

Cette phrase à effet oratoire ne supporte pas un examen sérieux; or, il faut voir le fond des choses dans des matières aussi graves, et ne rien dire qui ne soit l'expression de la vérité. Je prends l'hypothèse de M. l'avocat général : il existe dans un village de France, un docteur sans conscience. Connaissez-vous, Messieurs, beaucoup de médecins dans ce cas ? Le mot honnête comme un médecin de village n'est-il pas proverbial ? S'il ne l'est pas, il devrait l'être, car il exprimerait une vérité. J'admets pourtant une exception. Un docteur de province vous fait un certificat constatant la folie chez un homme sain d'esprit ; c'est un premier coquin. Un parent de l'interné, en signant la demande d'admission et en déclarant faussement que cet homme est atteint d'aliénation mentale, est un second coquin. Toute la famille, tous les amis, tous les habitants du village, en n'élevant pas la voix, en n'écrivant pas au procureur de la République, en ne se plaignant pas dans les journaux se font complices de ce crime abominable.

Le malade entre dans une maison de santé ; en recevant comme aliéné un homme sain d'esprit, le médecin de l'établissement est un troisième coquin. Il faudra que tout le personnel de l'établissement soit complice par son silence et n'ait dans l'âme aucun sentiment de moralité. — Le préfet enverra un médecin pour examiner l'interné, et il faudra précisément que son choix tombe sur un docteur taré, capable d'être complice d'un crime de séquestration ; quatrième coquin. Lorsque le procureur de la République et d'autres membres de la magistrature, lorsque le préfet ou le sous-préfet viendront visiter et interroger les malades, il faudra qu'ils ne voient rien, qu'ils n'entendent rien, qu'ils n'acceptent aucune plainte. Enfin, il faudra que l'inspecteur général, dans le courant de l'année, maintienne à tort le séquestré dans l'établissement.

Vous voyez, messieurs, combien d'impossibilités pour arriver à une séquestration arbitraire.

« La plus simple expérience des hommes, dit M. Cottignies, « nous enseigne que dans un personnel innombrable il se trouve « forcément quelques ignorants et quelques membres dépourvus « de scrupules. »

Je lui réponds : « Il est impossible de trouver dans le corps médical, à un jour dit, tant de membres dépourvus de scrupules pour arriver à une séquestration arbitraire. Ces choses-là se voient dans les romans, mais n'arrivent pas et ne peuvent arriver dans la vie ordinaire. »

Mais les médecins aliénistes peuvent se tromper, nous dira-t-on, et faire séquestrer, par ignorance, comme fou, un homme non aliéné. — *Errare humanum est.*

La nouvelle loi sera-t-elle une amélioration ? Les personnes chargées de faire interner le malade auront-elles une dose d'instruction médicale supérieure aux médecins ordinaires ? Non. — Ce ne sont plus les hommes qui ont étudié les maladies et particulièrement l'aliénation qui apprécieront, ce sont des hommes n'ayant fait aucune étude médicale qui devront reconnaître si un malade est fou ou ne l'est pas ; ce sont les membres d'un tribunal réunis en chambre de conseil qui, en fin de compte, statueront : hier, ces juges ne savaient pas un mot d'aliénation ; aujourd'hui, par l'opération de la loi, ils sont sacrés aliénistes.

Cela peut être bon, mais à une condition, c'est qu'à l'Ecole de droit il y ait un cours d'aliénation mentale, ou bien que les magistrats soient forcés de suivre à Paris ou ailleurs les cours de psychologie. — Si les choses ne changent pas et si les magistrats, sans instruction préalable, restent chargés de l'internement, l'article 19 est mauvais et la loi nouvelle impraticable.

On a dit : Mais le bon sens suffit pour reconnaître si un homme est aliéné ou non ; un magistrat est toujours assez intelligent pour reconnaître la folie.

Lorsque le malade crie sa folie, il est facile de la constater ; mais lorsqu'il la cache, il faut autre chose que le bon sens, que l'intelligence, que la perspicacité de l'esprit pour reconnaître et discerner un fou d'un homme sain d'esprit ; il faut des études très sérieuses sur les maladies cérébrales, sur leurs causes et sur leurs symptômes ; il faut avoir observé le début, la marche et la terminaison de ces maladies ; il faut surtout avoir vu beaucoup de malades et acquis une certaine expérience de cette affection.

En résumé, la question se pose ainsi : Pour établir l'état mental d'une personne, vaut-il mieux choisir un médecin? vaut-il mieux choisir un magistrat? Lequel des deux peut-il déclarer avec le plus de certitude si le sujet qu'on leur présente est dangereux ou ne l'est pas, est aliéné ou ne l'est pas? — En 1886, un procureur de la République, malgré les protestations du directeur fit sortir d'un asile un aliéné présentant toutes les apparences de la raison ; à peine sorti, il tua sa sœur.

Ce dernier fait appuiera notre conclusion ; le médecin seul est compétent pour juger de l'aliénation d'un malade et dire en connaissance de cause s'il doit être interné, soit pour suivre un traitement, soit pour être isolé de la société menacée par lui.

On trouvera dans le compte-rendu du Congrès de médecine mentale tenu à Paris en 1878 (page 270) quatre observations d'aliénés mis en liberté, malgré mon avis, en vertu de l'article 29; le résultat avait été déplorable dans les trois premiers cas ; le dernier cas datait de quelques jours seulement, et je ne pus dire alors ce qu'était devenu la malade depuis son départ. Sa sortie avait eu lieu dans des circonstances très pénibles pour moi ; le procureur de la République croyait à une séquestration arbitraire et le disait ; on ne m'avait demandé aucune observation ; les juges réunis en chambre du conseil avaient ordonné sa sortie immédiate, et on m'avait envoyé deux gendarmes pour veiller à l'exécution. Aujourd'hui, je puis compléter cette observation.

Elle est précisément d'un grand enseignement pour les magistrats et les aliénistes; elle prouve comment une personne profondément atteinte de folie peut cacher sa maladie aux yeux de tous et paraître saine d'esprit; elle prouve aussi combien une aliénée peut être dangereuse en liberté avec les apparences de la raison. La mise en liberté de cette malade eut des résultats épouvantables pour elle-même et pour trois malheureuses victimes.

Dans mon observation (page 279) je disais : « Mme L. est atteinte « de manie raisonnante; on doit la surveiller de très près de « crainte d'accidents; elle veut, dit-elle, aller se coucher sur les « rails d'un chemin de fer pour se suicider; c'est son idée fixe... « Les idées de suicide, ajoute-t-elle, me viennent tout d'un coup, « sous l'influence d'une contrariété; dans ces moments rien ne « m'arrête. »

Page 283, je disais : « Nous arrivons au symptôme principal de « sa maladie, la manie des persécutions; chez elle la persécution

« est violente et méchante; tout le mal qu'elle peut inventer est « immédiatement mis à exécution, *sans souci de l'honnêteté.* Les « mensonges, les calomnies ne lui coûtent rien; toutes ses pensées « tendent à faire du mal à la personne qui est l'objet de son « délire; elle s'attache à elle comme une furie et ne lui laisse ni « trêve, ni repos. — Ses domestiques qu'elle portait aux nues la « veille, sont dignes de la prison le lendemain. Bien souvent pour « me faire renvoyer des domestiques *elle les a accusés de vol,* « *cachant des objets dont ils avaient la garde*... On ne doit avoir « aucune confiance dans le témoignage de Mme L... elle inventerait « le mensonge, s'il n'était inventé, elle est complètement dépour- « vue de sens moral. »

Je dois ajouter au sujet de cette malade un fait caractéristique qui peut démontrer jusqu'à un certain point la bonne foi pour ainsi dire de ces malades; peut-être regardent-ils comme réelles les accusations inventées par eux; cela peut expliquer jusqu'à un certain point l'absence de remords et la tranquillité parfaite avec laquelle ils portent des accusations et les soutiennent tant graves soient-elles, contre la personne objet de leur délire. Voici le fait; un jour entrant dans mon salon, Mme L... voit contre le mur deux petits tableaux anciens entourés de cadres sculptés dont la dorure attirait le regard; elle les fixe un instant, puis me dit : « Ces deux miniatures m'appartiennent, elles étaient encore dans ma chambre à coucher lorsque j'ai quitté ma maison; je reconnais les cadres, les dessins. » Mme L... paraissait persuadée que je m'étais emparée d'une manière quelconque de ces deux objets. Or ils étaient en ma possession depuis dix années, et la personne de qui je les tenais en avait hérité de ses parents et les avait toujours vus dans sa famille.

Lorsque la fille de Mme L... d'abord, plus tard son fils et son mari vinrent voir notre malade, je leur montrais les tableaux; tous, successivement, me déclarèrent que jamais aucune miniature, non seulement semblable mais encore approximative, n'avait été en leur possession, et m'assurèrent que cette croyance de leur mère était absolument fausse.

Pendant tout le temps de son séjour dans mon établissement, Mme L... a eu cette croyance que ces miniatures lui appartenaient; chaque fois qu'elle est entrée dans mon salon elle s'est écriée : « Voilà mes tableaux. »

Si bien qu'à la fin je dus les placer dans une autre pièce, hors de sa vue.

Je cite le fait tel quel ; Mme L... croyait-elle réellement que ces tableaux lui appartenaient, je le crois; elle n'avait aucun intérêt à simuler cette croyance. — Comme je l'ai dit tout à l'heure, on peut trouver dans ce fait l'explication de l'acharnement entièrement dépourvu de remords avec lequel les malades, atteints de manie raisonnante, accusent leurs victimes de vol ou d'autres crimes.

Mme L... est mise en liberté; pendant deux années elle nourrit son délire des persécutions avec des procès contre ses enfants et contre moi.

Je la perds de vue; elle habite loin; je ne puis la suivre.

Trois ans après M. de B..., avocat de la ville de X..., m'écrit la lettre suivante : « Vous avez eu dans votre maison comme « atteinte d'aliénation mentale une dame L... Elle accuse *de vol* « deux pauvres fermières la mère et la fille que je défends; ce sont « deux personnes dont la vie a toujours été honorable; elles sont « d'une famille honnête de père en fils et de mère en fille, je suis « absolument certain qu'elles n'ont pas commis le vol dont elles « sont accusées; mais comme les faits sont contre elles, elles « peuvent être condamnées. Pourriez-vous m'aider à sauver du « déshonneur ces deux pauvres créatures, en me fournissant des « preuves que Mme L... ne jouit pas complètement de sa raison et « que ses accusations peuvent être mensongères. »

La mère était en prison préventive depuis trois semaines et la fille n'en fut dispensée que parce qu'elle était enceinte.

Une autre servante accusée de vol par Mme L... en même temps, avait été aussi mise en prison préventivement.

Quelques temps après M. de B... m'annonça l'acquittement des deux fermières qu'il s'était chargé de défendre « la domestique « fut condamnée à six mois de prison m'écrit-il; je ne défendis « que les deux fermières; je suis certain que le tribunal eût comme « moi la conviction de leur innocence, mais il se borna à dire « que le fait n'était pas établi et que d'ailleurs il y avait pres- « cription de trois ans. »

Voici donc trois personnes déshonorées par le fait d'une personne atteinte de folie.

Voici les renseignements provenant de plusieurs témoins qui m'ont été donnés au sujet de cette affaire : En 1877 le domaine appartenant à Mme L... habité alors par sa fille fut saisi; les fermiers reçurent une saisie-arrêt sur les fermages; tout le matériel qui était dans le château fut également saisi. A ce moment

Mlle L.. fit cacher beaucoup d'objets en divers lieux, notamment chez les fermiers.

En 1880, Mme L... mise en liberté vint dans son domaine ; elle fut reçue chez son fermier où elle revint à plusieurs reprises ; on lui montra les objets qui lui appartenaient et qu'on avait mis de côté. A ce moment le fermier et les fermières étaient des amis qu'on portait aux nues; ils furent félicités de ce qu'ils avaient fait. Mais le délire des persécutions ne tarda pas à se porter contre eux ; un jour elle les accusa de vol et amena à la ferme le juge de paix qui procéda à une perquisition et trouva les objets détournés. Le fermier raconta comment les choses s'étaient passées ; on passa outre.

Inutile de décrire les chagrins, les tourments, les terreurs, les pertes d'argent, la réputation compromise de cette pauvre famille, Cette histoire fit un tapage tel dans le pays que le fermier dut aller habiter une autre commune où il exploita, depuis cette époque, un grand domaine appartenant au maire du village; celui-ci se loua sans cesse de leur conduite ; comme leur avocat me l'écrivait c'est une honnête famille; elle a été honnête après comme avant.

La servante arrêtée dans les mêmes circonstances et pour les mêmes faits fut moins heureuse : « La pauvre fille était un peu « naïve, elle ne sut pas se défendre, dit une lettre du fermier, « M. le Président l'ayant prise un peu de flatterie et lui disant « qu'elle serait débarrassée tout de suite si elle avouait, elle crut « bien faire en avouant et elle fut condamnée. La pauvre fille est « morte quatre jours après sa sortie de prison; les chagrins qu'elle « avait éprouvés durant ses mois de peine l'ont emmenée à la « tombe ».

En 1882, Mme L... vint s'installer dans son château; elle ne s'occupait de rien sinon à commettre toutes les abominations possibles contre les gens qu'elle n'aimait pas. Elle n'avait aucun rapport avec ses enfants qu'elle maudissait.

Un jour l'idée de suicide dont j'ai parlé dans mon observation de 1878, idée que Mme L... avait déjà quinze ans auparavant, dont elle n'a jamais cessé de parler, qui avait été la cause déterminante de son internement, lui revient sous la même forme : à se faire écraser sous les roues d'une locomotive; l'impulsion était assez forte pour que la mise à exécution suive : Mme L... se lève avant le jour, marche loin dans la campagne, se cache sous un pont du chemin de fer et lorsqu'un train arrive, elle s'étend en travers d'un rail et trouve la mort qu'elle désirait.

Cette observation prouve que l'article 38 est incomplet, que des magistrats ne peuvent se rendre compte de l'état d'aliénation d'une personne atteinte de certaines formes de folie, et qu'il faudrait adjoindre un médecin aliénisfe aux membres du Tribunal réunis en chambre du conseil pour statuer sur la demande de mise en liberté d'un malade.

Du reste, aujourd'hui c'est à peu près ce qui se fait et dans ces dernières années on peut dire que les magistrats n'ont jamais statué, sans commettre auparavant un médecin chargé de faire un rapport sur l'état d'esprit de la personne qu'ils devaient juger. Les médecins ont compris qu'ils ne pourraient pas opposer leur propre diagnostic aux rapports des médecins.

Que fait la nouvelle loi ! Au lieu de corriger cet article dans le sens que je viens d'indiquer, elle l'aggrave.

En effet, voici la teneur de l'article 19 : « aussitôt après les for-
« malités prescrites à l'article précédent, le procureur de la
« République adresse ses réquisitions écrites, avec le rapport
« médical d'admission, les rapports médicaux de 24 heures et de
« quinzaine du médecin de l'établissement et l'avis du médecin
« inspecteur, au tribunal de l'arrondissement où l'établissement
« est situé.

« Le Tribunal statue d'urgence, en chambre du conseil, sur la
« maintenue ou la sortie de la personne placée.

« Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer
« définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens
« d'information, une expertise médicale. La décision du tribunal
« est certifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable do
« l'établissement. »

C'est-à-dire que d'après cet article, tous les aliénés avant d'être admis définitivement devront être examinés par le Tribunal en chambre du conseil, *tous* sans exception ; d'après l'ancienne loi au contraire, les aliénés seulement sur lesquels planent des doutes ou ceux qui demandent leur sortie sont examinés dans les mêmes conditions.

A quoi sert en effet que le tribunal donne son avis sur des idiots, sur des déments, sur des maniaques furieux, sur des aliénés enfin dont l'état mental ne fait doute pour personne. Or, si on va au fond des choses, on voit que tout le bruit que l'on fait autour de l'article 19 de la nouvelle loi et l'article 29 de l'ancienne loi aboutit à cela : faire constater par les membres du tribunal que des malades dont la folie ne fait doute pour personne doivent

être internés. Pour les autres, pour les malades atteints de manie raisonnante, par exemple, la loi ancienne les protège aussi bien que la nouvelle, puisque, comme nous l'avons prouvé chaque jour, à tous les instants de la maladie, ils peuvent demander leur examen par le tribunal et que le lendemain même de leur internement, la magistrature a le pouvoir de les mettre en liberté.

On peut améliorer l'article 29 de la loi de 1838 de deux façons : 1° en plaçant au milieu des magistrats chargés d'examiner un aliéné, en chambre du conseil, un médecin qui aura la compétence nécessaire pour déclarer avec certitude si le sujet est un fou ou un homme sain d'esprit, et fera que le jugement soit rendu en connaissance de cause ; 2° on pourrait ajouter la clause qu'un honorable sénateur avait proposée et qui fut à mon avis repoussée à tort : « Si l'aliéné, lors de la visite du médecin commis par la « préfecture, se plaint de séquestration arbitraire, le médecin lui « donnera lecture de l'article 29 de la loi de 1838 et lui demandera » s'il veut s'en servir. Dans l'affirmative, il lui fera écrire une » demande pour être interrogé en chambre du conseil et se char- « gera de transmettre sa demande à qui de droit. »

Avec ces deux dispositions l'article 29 serait parfait; on ne pourrait plus lui reprocher de permettre un internement arbitraire, même en apparence, puisque le malade, dès son entrée, pourrait faire sa demande de sortie. En second lieu, en plaçant un médecin au milieu des magistrats, on rendrait service à ces derniers. Dans la nouvelle loi, on leur donne le droit d'avoir une opinion contraire à cette des médecins, ce qui est une impossibilité : aucun magistrat sérieux ne voudra prendre une pareille responsabilité, et plus ils seront instruits, plus ils seront intelligents, plus leur jugement s'appuyera sur les conclusions du rapport médical. Mais alors quel est leur rôle ? « Ce rôle n'est ni digne ni nécessaire, » dit M. le sénateur Combes, et c'est par ses paroles que nous terminons ce travail. « Il n'est pas nécessaire, parce « que le jugement n'ajoute pas un atome à la valeur de la décision « rendue par le médecin. Il n'est pas digne parce qu'il rabaisse « la majesté de la justice, personnifiée par ces magistrats, aux « proportions de commis-greffier qui enregistrent ou d'expédi- « tionnaires qui font des copies. »

Le fou est un malade, laissons-le au médecin.

M. Rebatel. — Messieurs, pour donner une sanction à la remarquable discussion qui vient d'avoir lieu, je vous propose d'adopter le vœu suivant :

Les membres du Congrès de médecine mentale de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis plus de cinquante ans, répond aux besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre et des plus contestables comme faits,

Emettent le vœu : Que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans toutes ses dispositions générales.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté *à l'unanimité* par mains levées.

M. Thévenet. — Messieurs, je suis venu parmi vous pour m'instruire. En tant que président de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet Reinach, la discussion que je viens d'entendre m'a fourni des renseignements précieux et dont je saurai faire mon profit.

Les membres de la commission n'ont pas voulu terminer leur enquête sans interroger les spécialistes, sans visiter les asiles d'aliénés, et moi-même j'ai saisi avec joie l'occasion qui m'était offerte d'assister à votre Congrès.

Votre rapporteur est, vous le savez, un de vos collègues, le docteur Lafon, député de Bayonne ; il profite en ce moment des vacances parlementaires pour mettre toutes choses au point ; vous nous aiderez puissamment en voulant bien lui faire connaître, le plus tôt possible, les conclusions que vous venez de prendre. Croyez bien que vos avis seront d'un grand poids dans les déterminations que prendront mes collègues.

Dans l'intérêt de la facture d'une bonne loi, j'estime que le législateur doit s'inspirer de ces deux grandes idées : que l'aliéné doit être traité comme un malade et non pas flétri par la justice, et que les déments indigents ont droit à des secours immédiats. *(Applaudissements.)*

M. le président. — La parole est à M. Weill, pour la lecture d'un mémoire.

DE LA TOXICITÉ COMPARÉE DE L'URINE NORMALE ET DE L'URINE DE CERTAINS VÉSANIQUES

M. Weill (de Lyon). — Messieurs, M. le professeur Raphaël Dubois et moi, nous nous sommes proposé, dans ce travail, de rechercher si les urines de certains vésaniques ne présentent pas quelques particularités qui, échappant pour le moment à l'analyse chimique, seraient décelées par une réaction biologique.

A cet effet, nous avons institué depuis quelques mois quatre séries d'expériences. Nous avons fait ingérer à un chien par la sonde gastrique 125 cc. d'urine, tantôt normale, tantôt de provenance vésanique. Au même chien, nous avons fait des injections d'urine intra-péritonéale.

Ces deux premières séries ne nous ont pas donné de résultats. L'injection intra-péritonéale d'urine détermine des phénomènes d'empoisonnement intense qui masquent les particularités possibles de chaque urine.

L'injection intra-gastrique a été pratiquée six fois, trois fois avec l'urine normale, trois fois avec l'urine pathologique. Il n'y a eu de phénomènes saillants que lors de la première expérience avec l'urine normale. Dans ce cas, le chien a présenté, quelques minutes après que l'urine fut introduite dans l'estomac, de l'agitation avec hallucinations durant une heure à peu près. Il se grattait vivement le nez avec sa patte, aboyait en fixant les yeux dans une direction déterminée où rien ne pouvait attirer son attention, s'élançait de ce côté ; continuant à se gratter, baillait et se mettait à uriner. On le changea de pièce et les mêmes phénomènes se sont reproduits. Tout rentra dans l'ordre au bout d'une heure. Dans les cinq autres expériences, le résultat fut négatif.

Les substances toxiques contenues dans nos urines étaient donc ordinairement insuffisantes pour surmonter l'action contrariante de l'estomac ou du foie.

Dans ces conditions, nous nous sommes adressés à la méthode qui a donné de si brillants résultats entre les mains du professeur Bouchard et de ses élèves, c'est-à-dire à l'injection de l'urine en nature dans les veines auriculaires du lapin.

Nous avons opéré au début avec de l'urine non réduite, mais

dans ces conditions, nous avons remarqué qu'il fallait parfois, pour avoir des symptômes d'intoxication, pousser l'injection assez loin, pour que, dans l'appréciation des résultats, on fût en droit d'invoquer l'influence de l'élément quantité, à côté de l'élément toxicité.

Il nous a semblé que les différences de toxicité des deux ordres d'urines étaient plus ou moins marquées par la dilution des substances toxiques.

Aussi sommes-nous arrivés à n'employer que de l'urine réduite au tiers de son volume par évaporation à une température de 40 à 50 degrés.

Pour nous mettre à l'abri des irrégularités que peut comporter une injection faite avec une seringue, quant à la force, à la durée, à l'uniformité de l'injection, nous avons substitué à la seringue la pipette de Dayère qui n'est autre chose qu'un tube en U renfermant du mercure, dont une des branches communique avec un réservoir mobile de mercure, et l'autre avec la canule qui plonge dans la veine. En manœuvrant le réservoir mobile, on fait pénétrer l'urine dans une des branches de l'U et après, on la chasse avec une pression évaluée en centimètres de mercure. La pression dont nous nous sommes servi dans toutes nos expériences a été de 10 cmc de mercure.

C'est la même aiguille qui a toujours été employée, de sorte que la vitesse d'écoulement a été constante et conforme, 10 cc. d'urine par minute.

L'injection a toujours été faite avec l'urine du matin. L'urine a été filtrée avant l'injection, sauf dans un cas dont nous aurons à parler.

Nous n'avons pas recherché d'une façon précise le coefficient urotoxique des urines expérimentées, car nous avons tenu surtout à savoir s'il y avait entre les urines normales et pathologiques une différence grossière, et nous sommes arrivés par tâtonnement à établir nos expériences dans des conditions telles que les urines normales entrainaient la mort immédiate ou ultérieure de l'animal alors que les urines pathologiques étaient parfaitement tolérées.

Pour marquer davantage encore la différence de toxicité des deux sortes d'urines, nous avons fait choix d'une urine pathologique d'une densité élevée, 1,020, renfermant 40 gr. d'extrait sec par litre. Ayant une acidité évaluée en acide oxalique de 2 gr. 2, renfermant 14 gr. d'urée, 1 gr. 21 de phosphates évalués en anhy-

dride phosphorique, 13 gr. 50 de chlorures évalués en chlorure de sodium (1).

Il n'y avait, d'ailleurs, ni albumine, ni sucre.

La quantité émise en 24 heures était de 2 litres.

L'urine normale, beaucoup plus toxique, qui a servi de terme de comparaison, est émise en quantité égale, 2 litres en 24 heures. Mais sa densité est de 1,010 au lieu de 1,020. L'extrait sera de 20 gr. au lieu de 40 gr. L'acidité évaluée en acide oxalique est de 0,4 à 0,5 au lieu de 2, c'est-à-dire qu'elle est quatre fois moindre.

L'analyse chimique y révèle par litre :

Urée	18.71
Phosphates	1.96
Chlorures	11.09 (2)

En résumé, la quantité d'urine étant la même, l'extrait sec est double dans l'urine pathologique, la densité beaucoup plus élevée, l'acidité quadruple, le poids du sujet vésanique est de 85 k., celui du sujet normal 58 k., ce qui est encore en faveur de la toxicité moindre de l'urine pathologique, puisque, si elle tuait un lapin à une dose égale de celle de l'urine normale, la différence du poids des deux sujets indiquerait encore un coefficient urotoxique moindre pour l'urine pathologique.

Ajoutons que pour mettre toutes les chances contre nous, nous avons injecté de préférence l'urine normale à des lapins plus pesants, plus vigoureux que ceux qui recevaient l'urine pathologique.

Enfin, a deux reprises, des lapins qui avaient été injectés, sans grande réaction, quelques jours avant avec des urines pathologiques, sont morts par l'injection d'une moindre quantité d'urine normale. On ne peut, évidemment, invoquer ici les variations de résistance individuelle.

Toutes les conditions que nous venons d'énumérer et qui sont à *priori* défavorables au sens des résultats obtenus, ne font qu'en accentuer la portée.

Il nous reste, avant de relater nos expériences, à donner l'his-

(1) L'analyse de l'urine est due à l'obligeance de M. Lambert, pharmacien de l'asile de Bron.

(2) Cette analyse a été faite par M. le professeur Crolas, que nous remercions de son obligeance.

toire clinique du sujet dont nous avons étudié l'urine. Ce malade a été examiné par M. le professeur Pierret, que nous remercions pour son obligeant concours.

Observation. — V..., âgé de trente ans, entré à l'asile de Bron, service de M. le professeur Pierret, le 12 novembre 1890.

C'est un sujet robuste, présentant à première vue des stigmates physiques.

Il a de l'asymétrie faciale.

A gauche l'œil est plus petit, l'arcade sourcilière plus proéminente, le sourcil plus élevé. Pas de strabisme paralytique.

Le nez est légèrement dévié à droite.

La commissure labiale droite est abaissée.

La parole est gênée, le malade a, par moments, des bégaiements, et, si on l'excite, il bredouille.

Les deux membres gauches présentent un tremblement rapide, choréiforme, augmentant par l'effort. Quand il serre la main, le bras finit par présenter de véritables secousses.

Exagération du réflexe rotulien gauche.

Pas de troubles de la marche.

Pas de troubles de la sensibilité.

Les renseignements sont donnés par le malade. Il nie tout antécédent héréditaire; n'aurait pas eu de convulsions dans l'enfance.

Sujet aux bronchites l'hiver, mais se portait bien en général.

Il y a un an, aurait eu une petite vérole bénigne, pendant laquelle il a présenté, pour la première fois, des hallucinations. Il voyait des gens qui se battaient, qui faisaient de l'escrime.

Nie des habitudes alcooliques régulières; mais, depuis sa petite vérole, il reconnaît qu'il a, de temps à autre, des envies de boire espacées, de véritables accès de dipsomanie. Ces accès sont suivis de fugues qui durent trois ou quatre jours. Il erre dans les campagnes, couche dans les granges, mendie. Ces fugues sont motivées tantôt par un sentiment d'indignité, tantôt par des idées de persécution. Les autorités supérieures, le pape et le président de la République auraient donné ordre de l'empoisonner. Il craignait des scandales.

Pendant les périodes d'excitation, il voit chez lui des personnes connues ou étrangères qui passent devant lui; il ignore le motif de leur venue. Il entend quelquefois, dans les mêmes conditions, des gens dans sa cour qui disent qu'il ira peut-être en prison. Il est allé un jour se plaindre à la gendarmerie.

Pendant ses promenades, il voit sur les chemins des bêtes noires qui disparaissaient dès qu'il s'approchait.

Depuis son entrée, il présente un fond permanent d'excitation légère. Il s'anime quand on discute avec lui.

A plusieurs reprises, il a eu des accès d'excitation qui ont duré une semaine. Il chante, crie, se dit maître de l'univers, sacré roi, fait une demande à la vue d'un ensemble des trois puissances, l'Italie, la Suisse, la France, réclamant ses droits religieux, civils et militaires.

Il veut voir si les prêtres suivent la religion orthodoxe, s'ils ont le droit de confesser.

Insomnie constante depuis son entrée.

Pas de phénomènes appréciales du côté des viscères.

Diagnostic de M. Pierret :

Héréditaire ou accidentel, rentre dans la classe des convulsifs latents.

Voici quelques expériences faites avec l'urine de V.

I. — Lapin pesant 1 k. 750, reçoit en trois minutes et demie dans la veine auriculaire 35 cc. d'urine du matin de V., réduite au tiers et filtrée. Pas de convulsions ni d'affaissement ; pas de phénomène à noter ni le jour de l'injection, ni depuis.

II. — Lapin pesant 1 k. 700 gr., reçoit en deux minutes et demie dans la veine auriculaire 25 cc. d'urine du matin de V., réduite au tiers et filtrée. Une convulsion à la fin de l'injection. Se remet rapidement et va bien depuis.

III. — Lapin pesant 1 k. 750, reçoit 30 cc. d'urine de V. du matin, réduite au tiers et filtrée. Pas de phénomène immédiat ni ultérieur.

IV. — Lapin de 2 k. 300, injection de 30 cc. d'urine du matin de V., réduite au tiers et filtrée.

Aucun phénomène appréciable.

V. — Lapin de 1 k. 500, injection de 30 cc. d'urine du matin de V., réduite au tiers, *non filtrée*.

A la fin de l'injection convulsions qui durent quelques minutes.

L'animal reste affaissé pendant une demi-heure, puis revient peu à peu à l'état normal et va bien depuis.

VI. — Lapin de 1 k. 500 gr., injection de 30 cc. d'urine du matin de V., filtrée. Meurt avec des convulsions.

Ce lapin avait déjà servi à quatre expériences antérieures avec

de l'urine non réduite et, sans compter son faible pouls, était en mauvais état.

VII. — Lapin de 1 k. 860, injection de 30 cc. d'urine normale du matin, réduite au tiers et filtrée.

Pas de phénomène pendant l'injection ni immédiatement après.

Mais bientôt il est abattu, reste immobile dans son coin, ne mange pas. Seize heures après, il est pris de convulsions subintrantes et meurt en dix minutes.

A l'autopsie, on ne trouve rien dans le cerveau, mais on constate une congestion du foie, des reins et une tuméfaction des veines abdominales.

VIII. — Lapin de 1 k. 950. Injection de 25 cc. d'urine du matin, normale, réduite au tiers et filtrée.

A 15 cc. convulsion chronique, à 25 cc. tétanisme et mort.

A l'autopsie, rien dans le cerveau, congestion du foie et des veines abdominales.

IX. — Lapin de 2 k. 450, a été injecté antérieurement avec 30 cc. d'urine de V., réduite au tiers. A survécu, mais la notice a été égarée.

Meurt avec 25 cc. d'urine du matin, normale, réduite au tiers, avec du tétanisme et de l'exorbitisme.

X. — Lapin de 1 k. 750, déja injecté antérieurement avec l'urine de V. (expérience III).

Meurt en état de tétanisme avec 25 cc. d'urine normale du matin, réduite au tiers et filtrée.

En résumé, dans six expériences faites avec l'urine pathologique, trois fois l'animal ne présente aucun phénomène.

Une fois, on note une convulsion passagère à la fin de l'injection (expérience II).

Une fois des convulsions assez vives (expérience V).

Dans cette dernière, faisons remarquer que l'urine n'avait pas été filtrée.

Un seul lapin est mort, celui de l'expérience VI qui était tout jeune et avait déjà subi quatre injections antérieurement.

Tous les autres ont survécu.

Dans quatre expériences faites avec l'urine normale, le lapin est mort pendant ou après l'injection, trois fois à la fin de l'injection, une fois quelques heures après. Dans deux cas, l'animal avait toléré antérieurement une injection d'urine pathologique (expériences IX et X). La mort est toujours survenue au milieu des convulsions.

D'après cela, il n'est pas douteux que l'urine d'un sujet normal renferme des éléments toxiques qui font défaut dans l'urine de certains vésaniques.

Cela est d'autant plus singulier dans notre cas, que l'urine pathologique expérimentée était plus dense, plus acide que l'urine normale : que nous avons employé l'urine du matin, c'est-à-dire l'urine élaborée chez le sujet normal pendant le sommeil. Or d'après M. le professeur Bouchard (1) cette urine renferme deux à quatre fois moins de poison que l'urine élaborée pendant un temps égal d'activité cérébrale. Mais notre vésanique ne dormait pas, ce qui constituait pour son urine une condition physiologique d'hypertoxicité, et cependant cette influence ajoutée à toutes celles que nous avons déjà citées n'a pu élever la toxicité urinaire au degré normal.

Cette faible toxicité tient-elle à une réduction élective de certaines toxines par le rein? Cela est peu probable, étant donnée la richesse en extrait de l'urine de V... S'agit-il d'une destruction rapide de ces substances par l'organisme ou d'un défaut de production lié à la déviation nutritive de l'économie et particulièrement du système nerveux.

Quel est le rôle possible de cette modification de la nutrition sur les symptômes relevés dans les vésanies.

On peut faire à ce sujet deux hypothèses.

Les phénomènes d'excitation et d'insomnie constantes de V... sont dus au défaut d'élaboration des substances passagères que M. Bouchard a trouvées dans l'urine physiologique de la période de veille, ou bien on peut les comparer aux phénomènes d'abstinence qui surviennent dans les intoxications chroniques (alcoolisme, morphinomanie) lorsqu'on supprime l'excitant habituel devenu nécessaire à l'équilibre de leurs fonctions. L'économie doit être mieux adaptée encore aux toxiques physiologiques qu'aux intoxications artificielles et se ressentir davantage de leur suppression.

Si cette hypothèse était exacte, elle pourrait conduire à une thérapeutique rationnelle de certains symptômes vésaniques.

L'administration de la morphine et de l'alcool arrête les phénomènes d'abstinence chez les intoxiqués artificiels.

Faudrait-il donner de l'urine normale ou au moins ses produits actifs chez les vésaniques à urine peu toxique.

(1) *Auto-intoxication.*

Cela n'est pas absolument nécessaire et on pourra peut-être comme pour l'alcoolique et le morphinomane établir l'existence signalée par l'un de nous (1). De véritables équivalents toxiques permettant de restituer l'état normal artificiel dans les empoisonnements en retour, mais agissant à des doses différentes. C'est ainsi que l'alcool pourra être remplacé par le chloroforme, par l'éther, par la morphine, par la digitale, etc., dans les accidents du *delirium tremens*.

Mais la thérapeutique vraiment physiologique devra s'efforcer de lutter directement contre les troubles nutritifs et de rendre aux fous le moyen de fabriquer une urine louable.

NOTE SUR QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE LA STRUCTURE DE L'ÉCORCE GRISE DU CERVELET DES JEUNES MAMMIFÈRES

M. le professeur Renaut (de Lyon). — On sait que l'écorce grise du cervelet est formée, pour chaque pli cérébelleux, de trois assises superposées, qui sont, de l'axe au pli formé par la substance blanche à sa périphérie revêtue par la pie mère : A. une couche formée de grains, *couche granuleuse* des auteurs ; B. la ligne des grosses cellules ganglionnaires découvertes par Purkinje et qui portent son nom ; C. la *couche moléculaire* (granuleuse superficielle de Ranvier), qui s'étend jusqu'à la pie mère. C'est au sein de cette couche que s'arborisent les prolongements protoplasmiques nombreux et puissants des cellules de Purkinje; tandis que leur cylindre-axe, unique d'abord, puis émettant des rameaux comme l'a montré Golgi, s'engage en sens inverse dans la couche des grains.

Tandis que la couche moléculaire semble se terminer, chez les animaux adultes sous la pie mère qui la revêt sans présenter d'incident de structure, chez l'embryon de la plupart des animaux et chez les jeunes pendant les premiers temps de la vie, on peut constater l'existence d'une assise spéciale entre cette couche et la pie mère. C'est une bande de cellules qui, de prime

(1) *Mémoire de la Société de Biologie*, 1881.

abord, offrent l'apparence de *grains*. Schwalbe (1) et Obersteiner (2) ont d'abord considéré ces cellules comme des éléments conjonctifs. Vignal (3) les regarde comme des cellules lymphatiques ayant pénétré par migration dans la couche moléculaire, peut-être en vertu de la diapédèse qui pourrait accompagner l'hémorrhagie de la mère (car il ne parle que des fœtus). En réalité c'est Ramon y Cajal (4) à qui l'on doit la meilleure description, jusqu'ici, de la formation qui nous occupe. Il lui a donné le nom de *couche de grains superficiels*. De plus, il lui a attribué la seule signification morphologique générale qui, à mon sens, lui convienne : il voit là une formation transitoire destinée à disparaître au fur et à mesure que la couche moléculaire subjacente augmente d'épaisseur et termine son évolution.

Je connaissais moi-même, dès 1888, cette couche signalée en premier lieu par Schwalbe depuis bien longtemps ; car j'en avais vérifié l'existence à la surface des circonvolutions cérébelleuses du chevreau de boucherie, c'est-à-dire chez un animal âgé de quelques semaines. Mais je n'ai jamais partagé ni l'opinion de Schwalbe reproduite par Obersteiner, qui lui attribue une origine et une signification conjonctives, ni encore moins celle de Vignal, qui, de prime abord, devient insoutenable chez le chevreau : puisqu'il ne s'agit plus ici d'un fœtus traumatisé par la mort de sa mère, mais bien d'un animal vivant de sa vie normale et propre. J'attribuai alors, comme le fait maintenant Ramon y Cajal, une origine et une signification neuro-épithéliales aux éléments cellulaires rangés en série à la surface de la couche superficielle des circonvolutions cérébelleuses ; et je les comparai, dans mon cours public, aux cellules de la *pars anterior* de la rétine : c'est-à-dire à des cellules de la masse neuro-névroglique ayant conservé leur caractère épithélial primitif. (5)

(1) Schwalbe. *Lehrbuch der Neurologie*, 1881.

(2) *Anleitung bein Studium des Baues der nervösen Centralorgane*, 1888.

(3) Vignal. *Recherches sur le développement des éléments des couches corticales du cerveau et du cervelet*. (*Arch. de Physiol.* 1888, n° 7.)

(4) Ramon y Cajal. *Sobre ciertos elementos bipolares del cerebelo joven.* (*Gaceta sanitaria.* 10 février 1890.)

(5) Mon cours n'ayant pas été publié, ce que je dis ici n'implique de ma part aucune idée de réclamer le droit de priorité relativement à la découverte de la signification neuro-épithéliale des éléments cellulaires de la couche des grains superficiels. Cette découverte appartient bien à M. Ramon y Cajal. (*Opus citat.*, 1890.)

Je veux maintenant donner, sur la couche de grains superficiels des circonvolutions du cervelet, quelques détails nouveaux qui n'ont pas été signalés par les auteurs qui m'ont précédé, probablement parce qu'ils n'ont pas étudié cette formation intéressante avec les mêmes méthodes que j'ai employées moi-même. Je n'ai pas, en effet, mis en usage, pour en faire l'analyse histologique, le procédé d'imprégnation particulier à Golgi, suivi par Ramon y Cajal. Ce procédé, excellent et même indispensable pour mettre en lumière la forme générale et surtout les connexions de certains éléments cellulaires des centres nerveux, reste, à certains égards, absolument insuffisant, parce qu'il ne donne, des éléments saisis par le réactif, que la pure *silhouette* sans aucun détail de structure. Un autre désavantage de la méthode de Golgi, c'est aussi que, comme elle consiste dans une *imprégnation* comparable à celle opérée par le chlorure d'or, on ne sait jamais exactement où celle-ci s'arrête, ni si l'arrêt se produit là où réellement la structure finit, ou bien si l'élément anatomique se poursuit au delà du point où l'action réductrice s'est elle-même terminée. Je n'ai donc pas cherché à compléter ou à contrôler les résultats énoncés par Ramon y Cajal, par une nouvelle étude de l'écorce cérébelleuse faite à l'aide de la « coloration noire ». J'ai employé d'autres procédés qui, à certains égards, complètent et corrigent, à mon sens, les données fournies par l'élégante méthode de Golgi.

II

Si, au lieu de limiter à quelques mois l'immersion des fragments du cervelet qu'on veut étudier dans la solution de bichromate d'ammoniaque à 2 %, l'on prolonge l'action du réactif pendant deux ans ou deux ans et demi, le durcissement s'opère, chez le chevreau âgé de quelques semaines, d'une façon complète et régulière, sans que néanmoins la substance cérébelleuse devienne cassante. Il en serait tout autrement pour le cervelet d'un animal adulte. La différence du résultat tient à ce que, chez les très jeunes animaux, la névroglie occupe encore une large place dans la constitution du névraxe, et qu'elle se prête particulièrement au durcissement prolongé par les solutions de bichromate de potasse ou d'ammoniaque. Quoi qu'il en soit, il est aisé de remarquer de prime abord que des coupes de l'écorce cérebel-

leuse, faites après un durcissement aussi persistant dans le bichromate d'ammoniaque, montrent d'emblée une série de détails qu'on chercherait vainement dans les préparations faites d'après les méthodes ordinaires. L'action lente et bien ménagée du réactif durcissant détermine notamment, au sein de la couche moléculaire, l'apparition, à l'état distinct, d'un beaucoup plus grand nombre de ramifications protoplasmiques des cellules de Purkinje. Le lavage des coupes dans l'eau distillée n'arrive plus alors à décolorer complètement les prolongements protoplasmiques des grosses cellules ganglionnaires. Ces prolongements, reconnaissables quand ils sont volumineux à leur réfringence spéciale, se montrent, en outre, colorés en bistre plus ou moins foncé. La coloration bistre se poursuit sur les prolongements de plus en plus fins dans lesquels se subdivisent à l'infini les deux ou trois grosses branches, nées du corps cellulaire situé au voisinage de la couche des grains. On sait que les prolongements protoplasmiques, en se ramifiant comme les pousses d'un arbre, montent droit vers la surface de la circonvolution cérébelleuse. On sait aussi que, chez les mammifères nouveau-nés, les cellules de Purkinje ne sont pas arrivées au terme de leur entier développement. Cela posé, si l'on compare, sous un faible grossissement, une cellule de Purkinje adulte préparée par la méthode de Golgi, et une autre appartenant à l'écorce cérébelleuse d'un chevreau de quinze jours ou trois semaines, la cellule ganglionnaire marquée en noir par le chromate d'argent offre, par rapport à celle du chevreau, l'apparence d'un arbre fruitier qu'on aurait taillé, relativement à un autre qui aurait conservé non seulement toutes ses branches maîtresses, mais encore ses arborisations ramusculaires terminales.

Si maintenant on choisit une coupe faite perpendiculairement à l'axe d'un pli cérébelleux, c'est-à-dire renfermant des cellules de Purkinje largement étalées quant à leur arborisation protoplasmique, ainsi que l'a fait voir le premier Stieda (1), — et si on la colore par le violet de gentiane, puis qu'on l'observe soit dans ce même réactif, soit, après décoloration convenable par l'alcool, dans la résine Dammar (2), on peut observer des détails nouveaux et de

(1) Stieda. *Zur vergleichenden Anatomie und Histologie des Cerebellum. Arch. f. Anat. und Physiologie*, p. 407, 1894.

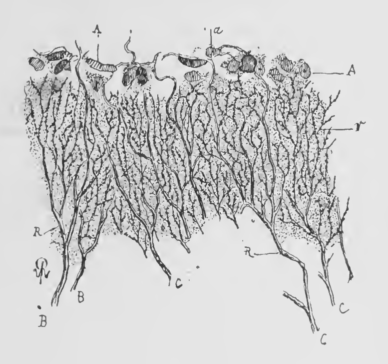
(2) On lave la coupe à l'eau distillée aussi complètement que possible. On la colore sur la lame de verre avec la solution hydro-alcoolique de violet de gentiane usitée pour étudier les figures chromatiques de la division indirecte.

toute importance. Les branches, rameaux et ramuscules les plus fins de l'arborisation protoplasmique des cellules de Purkinje se détachent en violet foncé sur la névroglie spongieuse de la couche moléculaire. Cette névroglie, là où la décoloration a été arrêtée au point voulu, reste à peu près incolore. On voit alors que les arborisations successives des prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje se poursuivent bien au delà de ce que semble indiquer la méthode de Golgi. Non seulement, en effet, les branchements se multiplient à l'infini [à l'extrémité des rameaux; mais les ramuscules issus de ces branchements se continuent entre eux de manière à intercepter un réseau. Ce réseau met en communication non seulement les grosses branches nées d'une même cellule de Purkinje, mais encore des branches issues de deux cellules ganglionnaires consécutives. Sans doute, ici les cellules de Purkinje ne sont plus, comme par la méthode de Golgi, découpées en silhouette sur un fond incolore. Mais comme on peut tout aussi bien, avec un bon objectif à grand angle d'ouverture, suivre un filament violet qu'un filament noir; comme aussi, dans ces conditions, il est facile de relier le chevelu de filaments protoplasmiques à branches, les unes ascendantes, les autres arquées ou transversales, à des branches maîtresses que l'on peut suivre jusqu'au corps d'une cellule de Purkinje : je conclus que celles-ci poussent des prolongements protoplasmiques ascendants qui, à partir d'un certain stade de ramification situé au delà du point où se poursuivent les imprégnations de Golgi, émettent des ramuscules fins entrant dans la constitution d'un réseau, tout en poursuivant leur marche ascendante vers la surface de la couche moléculaire.

Les ramuscules protoplasmiques entrant dans la constitution de ce réseau conservent la réfringence particulière et la coloration violette des *rameaux protoplasmiques*, issus des bifurcations successives des grandes *branches protoplasmiques* nées du corps de chaque cellule de Purkinje; mais aussi ils en diffèrent à plusieurs égards. Ils affectent, sous un faible grossissement, une apparence granuleuse. Avec de bons objectifs on peut reconnaître que cette apparence tient à des grains, comparables à ceux connus

Quand, sous un faible grossissement, on voit les noyaux des grains et des cellules autres que celles de Purkinje, et les prolongements de celles-ci colorés en violet foncé, on décolore *rapidement* par l'alcool absolu sur la lame de verre. On traite ensuite, et rapidement aussi, par l'essence de girofle, *puis par celle de Bergamote, qui fait reparaître les fins détails de structure.* Enfin on monte dans la résine de Dammar, et on obtient ainsi une préparation persistante.

sous le nom de « givre de Boll », qui font corps avec le ramuscule ténu dont ils sont les satellites et saillie à sa surface, en effet, comme les grains du givre sur les menues brindilles d'un arbre dépouillé,dont les grosses branches seraient au contraire revêtues d'une couche de glace moins irrégulière et paraîtraient lisses. Cette apparence est frappante sur les préparations colorées au violet de gentiane, parce que ce réactif persiste à la fois sur le ramuscule protoplasmique et s'attache aussi sur les grains de substance granuleuse qui font corps avec lui.



Coupe de la substance grise d'un pli cérébelleux sectionné perpendiculairement à sa longueur (méthode indiquée dans le texte). — La partie profonde de la couche moléculaire et les corps des cellules de Purkinje n'ont pas été dessinés (Chambre claire, 400/1).

A. Couche superficielle des cellules neuro-épithéliales; — *B*, *B*. Branches d'une cellule de Purkinje qu'on peut suivre jusqu'à la cellule située plus profondément; — *C*, *C*, *C*, Branches d'une autre cellule de Purkinje qu'on peut également suivre sur la préparation jusqu'à leur cellule originaire; — *R*, *R*, Rameaux protoplasmiques des cellules de Purkinje; — *r*, ramuscules d'apparence granuleuse parce qu'ils sont entourés d'une gaîne de grains de givre de Boll : ces ramuscules entrent dans la constitution d'un réseau qui met en communication les cellules respectives dont émanent les branches *BB*, *CCC*; — *a*, *a*, communication des cellules neuro-épithéliales de la couche superficielle avec les ramuscules protoplasmiques des cellules de Purkinje.

Or, un fait important, c'est que seuls les filaments protoplasmiques granuleux, que j'appelle *ramuscules protoplasmiques*, montrent entre eux des anastomoses à angle obtus, arquées ou en Y, de façon à déterminer ce qu'en anatomie on appelle un *réseau;* tandis que les *rameaux protoplasmiques* ne montrent que des bifurcations ascendantes s'opérant d'après le mode bien connu de la dichotomie fausse. C'est de cette dernière façon que se comportent, sans exception, toutes les branches dessinées par une imprégnation dans la méthode de Golgi. A l'extrémité des derniers rameaux visibles de l'arbre touffu que représente une cellule de Purkinje, dessinée en silhouette par cette méthode, on voit d'ailleurs l'arborisation non plus représentée par des fils noirs à contour lisse, mais bien par des traits granuleux : comme si les filaments protoplasmiques étaient recouverts d'une gangue de grains. Il en est bien ainsi. Les grains du givre deviennent progressivement de plus en plus nombreux au fur et à mesure que les branches de ramification deviennent plus ténues. Mais ce n'est qu'au niveau des ramuscules ultimes que les grains du givre font corps d'une façon continue avec le filament protoplasmique dont ils sont les satellites. C'est à n'en pas douter à cette dernière disposition, (laquelle crée autour du filament de protoplasma une gaîne protectrice histochimiquement très différente de lui-même), qu'est dû l'arrêt de la réduction du sel d'argent immédiatement en arrière du point ou les rameaux protoplasmiques se résolvent en leurs ramuscules terminaux.

En somme, l'étude du développement des circonvolutions cérébelleuses montre que (1) les cellules de Purkinje sont d'abord pourvues d'un petit nombre de prolongements protoplasmiques. Au fur et à mesure de la croissance, ceux-ci deviennent de plus en plus nombreux. Ils végètent comme les branches d'un arbre vers la surface de la couche moléculaire. Ils émettent des branches d'où naissent des rameaux de différents ordres de plus en plus multipliés. Ceux-ci ne forment pas davantage d'anastomoses entre eux que les branches d'un buisson issues d'un même pied. Mais à leur extrémité se développent des *ramuscules protoplasmiques* très fins, entourés d'une gaîne de grains de givre névroglique. Ces ramuscules entrent pour partie en communi-

(1) Voyez à ce sujet le travail cité de Vignal, et celui de Ramon y Cajal, qui renferme une excellente description des jeunes cellules de Purkinje étudiées par la méthode de Golgi.

cation les uns avec les autres et avec leurs similaires émanés de cellules ganglionnaires voisines; tandis que les autres continuent à se brancher et à monter vers la surface, c'est-à-dire vers la zone granuleuse superficielle de Ramon y Cajal tant que cette dernière subsiste. Je veux maintenant dire un mot de leurs relations avec les éléments cellulaires de cette zone.

III

Chez le chevreau et l'agneau âgés de quelques semaines, la zone granuleuse superficielle de Ramon y Cajal n'est plus représentée, sur la plupart des points, que par une rangée unique de cellules. Cette rangée forme à la surface libre de la circonvolution, doublée par la pie-mère, un revêtement continu d'apparence épithéliale. Je n'ai pas encore réussi á l'imprégner d'argent; je ne puis donc dire si, comme les pieds des fibres de Müller de la rétine, les surfaces d'implantation des cellules sur la vitrée du névraxe interceptent là un pavé épithélial véritable. Sur les coupes minces et non disloquées par les manipulations, cette vitrée, répondant à l'ancienne *membrana prima* de Hensen, s'accuse par un trait continu comme tracé à l'encre et à double contour. De distance en distance, on peut voir la vitrée déchirée et recoquevillée toujours en dehors, au-dessous de la pie-mére (du moins après l'action du bichromate d'ammoniaque pendant un temps prolongé).

Les limites latérales entre les corps cellulaires consécutifs ne sont nullement marquées par des traits nets : ce sont les noyaux, colorés en beau violet pur, qui indiquent la succession des corps cellulaires. Entre le noyau et la vitrée du névraxe, le corps cellulaire est granuleux; au-dessus du noyau, au-dessous de lui passent et repassent des fibres rappelant absolument celles de la névroglie. La direction générale de ces fibres est tangentielle. Elles passent d'une cellule à l'autre comme elles le font dans la névroglie d'un gliôme. Elles sont enfin plongées dans une substance granuleuse d'où la dissociation par agitation dans l'eau les dégage avec peine. Voilà donc des éléments singuliers qui se comportent à peu près comme ceux de la névroglie spongieuse et

qui d'autre part ont une ordonnance épithéliale à la surface de la circonvolution (1).

Ces éléments répondent manifestement à l'assise profonde, formée de cellules bipolaires horizontales, de la couche des « grains superficiels » décrite par Ramon y Cajal. Tandis que chez le chien de seize jours, par exemple (2), il existe encore entre cette assise et la vitrée du névraxe une couche superficielle épithélioïde, ici la portion épithélioïde a disparu. Mais on la retrouve dans le cervelet des fœtus de chevreau ou de mouton de 30 à 33 centimètres. Cela démontre qu'au fur et à mesure du développement de la couche moléculaire, non seulement ce qui reste du neuro-épithélium primitif entre celle-ci et la vitrée neuraxiale rétrograde et disparaît, mais encore que cette transformation s'opère en faisant passer les éléments neuro-épithéliaux par un stade particulier. Ce stade consiste dans leur réduction en une bande d'éléments cellulaires à direction et à expansions tangentielles; c'est-à-dire en une formation qui ressemble considérablement au *Fulcrum tangentiel*, ou couche des cellules basales des neuro-épithéliums sensoriels. Et comme, après que l'assise la plus périphérique a disparu, c'est cette couche à disposition d'apparence basale qu'on retrouve la dernière, ainsi que le démontre l'examen des circonvolutions cérébelleuses du chevreau et de l'agneau qui ont vécu trois semaines ou un mois, il en faut conclure que le terme supérieur de l'évolution de la zone des grains superficiels de Ramon y Cajal est réalisé par l'apparition, à la périphérie du névraxe cérébelleux et au-dessous de la pie

(1) L'état que je décris appartient à un stade beaucoup plus avancé quant à l'évolution que celui décrit par Ramon y Cajal dans son travail cité plus haut. Cet histologiste distingué figure deux couches dans sa « zone granuleuse superficielle » : 1° la couche superficielle, formée de cellules épithélioïdes, absolument semblables à celles de la rétine immédiatement en arrière du genou de la cupule optique d'un embryon humain de trois mois. Cette couche répond manifestement à une portion du neuro-épithélium primitif : c'est en somme la ligne des pieds des chaînes radiales de prolifération du neuro-épithélium du névraxe; 2° la zone profonde ou des cellules bipolaires horizontales. Cette zone répond à une portion déjà arquée et communicante tangentiellement des chaînes primitives de prolifération. Elle peut être absolument comparée à la couche basale, ou *fulcrum tangentiel* de la rétine. Chez le chevreau âgé de quelques semaines, la zone granuleuse superficielle a subi cette même évolution, qui sera suivie chez l'adulte à sa réduction à l'état discontinu.

(2) Ramon y Cajal, travail cité (p. 3 et fig. 2 du tirage à part).

mère, d'une *formation basale véritable*, bien qu'elle ait une existence éphémère.

Les fibres d'apparence névroglique, c'est-à-dire rigides, brillantes et passant sur des séries de cellules pour y prendre appui, sont faciles à observer sur les coupes minces qui, ayant longtemps flotté dans l'eau, ont subi sur leur périphérie un léger mouvement de dissociation, et se sont ainsi dégagées sur certains points de la névroglie spongieuse qui constitue la charpente générale de la couche moléculaire. On peut alors reconnaître qu'un certain nombre de *ces fibres se continuent avec des rameaux des cellules de Purkinje* (a, a) que l'on peut suivre jusqu'aux branches protoplasmiques maîtresses de ces mêmes cellules.

Ramon y Cajal avait déjà démontré que les cellules bipolaires horizontales de la couche superficielle se continuent avec les cellules bipolaires de grande taille qu'il décrit dans la couche moléculaire, et dont la direction est non plus tangentielle, mais radiale. La communication, que je viens de faire connaître entre les cellules de Purkinje et les cellules de la formation basale, n'est pas la constatation d'un fait moins important. Les cellules basales sont évidemment des éléments neuro-épithéliaux de pur soutien, dont les caractères sont intermédiaires entre les cellules basales de la rétine, les cellules appelées fibres de Müller aussi dans la rétine, et les cellules de la névroglie. Démontrer qu'en un point donné du névraxe, il y a communication entre les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, et ceux émis sous forme de différenciations tangentielles, ou fibres névrogliques, par les cellules du neuro-épithélium primitif qui n'ont pas poursuivi leur développement dans le sens des cellules ganglionnaires, c'est apporter beaucoup plus qu'un argument en faveur de la nature neuro-épithéliale et nerveuse commune à la névroglie et aux autres cellules du myélencéphale, y compris les cellules ganglionnaires de l'ordre le plus élevé. Je fais cette remarque en terminant, parce que je crois être le premier anatomiste qui ait soutenu, en l'étayant de faits histologiques positifs, la double théorie de la nature *nerveuse* et *neuro-épithéliale* de la névroglie, qui depuis lors semble avoir fait son chemin (1).

La séance est levée à 11 heures et demie.

(1) J. Renaut. *Recherches sur les centres nerveux Amyéliniques* : I. *la Névroglie et l'épendyme* (*Arch. de Physiologie*, avril 1882).

Séance du vendredi soir 7 août 1891

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU

SOMMAIRE. — Correspondance. — Fièvre typhoïde et folie, par M. Joffroy. — Discussion : M. Weill. — De la Franklinisation dans les maladies mentales, par M. Ladame. Discussion : M. Joffroy. — Discussion des dates et fixation du lieu du prochain Congrès. — Troubles trophiques chez une mélancolique dégénérée, par M. Saury (de Suresnes). — Altération de la peau chez une dégénérée. par M. Coutagne. Discussion M. Weill. — D'un effet paradoxal obtenu par la suppression de la morphine chez certains mélancoliques soumis à ce médicament, par M. Cullere (de la Roche-sur-Yon). — Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale, par M. Boubila (de Marseille). — Troubles cérébraux et cancer de l'estomac, par M. Charpentier. — Sur un cas d'hallucinations persistantes de la vue liées à une lésion intracrânienne et s'accompagnant d'atrophie des deux nerfs optiques, par M. Chaumier (de Lyon). — Le nez chez les idiots, déformations et lésions pathologiques, par M. Revillet (de Cannes). — Opération du trépan dans un cas de paralysie générale, par M. Rey (de Marseille). — Expérience de culture du vaccin faite à l'asile public d'aliénés de Sainte-Catherine, par M. Belle (de Moulins). — Contribution à l'étude de l'œil des aliénés, par M. Royet (de Lyon. — Rapports de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral, par M. Combemale (de Lille). — Clôture du Congrès.

La séance s'ouvre à deux heures.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, la correspondance comprend des lettres de MM. Th. Roussel et Jules Falret, qui remercient les membres du Congrès de les avoir nommés présidents d'honneur; ils expriment les plus vifs regrets de n'avoir pu assister à nos séances, et nous envoient leurs vœux les plus sincères pour le succès du Congrès.

M. le Président. — La parole est à M. Joffroy pour une communicatton.

FIÈVRE TYPHOIDE ET FOLIE

M. Joffroy. — L'hiver dernier, à la Salpêtrière, je consacrais une leçon à l'étude de la folie brightique (1), et je terminais par cette phrase : « La folie brigthique, encore une fois, est toute « préparée par les antécédents héréditaires; survienne alors la « moindre atteinte cérébrale, et elle éclatera. Dans le cas actuel « c'est l'intoxication urémique, mais une intoxication d'une autre « nature, ou même une impression morale profonde, en aurait « fait autant. »

Aujourd'hui je me propose de défendre la même opinion devant vous, non plus à propos des malades atteints d'albuminurie, mais à l'occasion des malades qui ont présenté, après une fièvre typhoïde des accidents vésaniques. Avant d'exposer les observations, je ferai remarquer qu'intentionnellement je ne m'occupe pas dans ce travail des faits de méningites typhiques.

La première observation est relative à une femme âgée de 71 ans qui fut amenée dans mes salles, en proie à un délire et à un état d'agitation très marqué. Tout d'abord, en raison de son âge, je pensais me trouver en présence d'un cas de démence sénile avec agitation maniaque, mais je ne tardais pas à remarquer le caractère nettement coordonné des troubles intellectuels. La malade se plaignait de manquer de tout, de n'avoir aucun asile, de ne savoir où trouver un abri, et pour en finir avec cette situation malheureuse, elle ne voyait d'autre moyen que de mettre fin à ses jours. On se trouva ainsi dans l'obligation de lui mettre la camisole de force.

Je procédais alors à l'examen physique; je ne trouvai aucune affection viscérale, pas de fièvre, mais seulement un enduit saburral de la langue. On ne constatait aucun signe de paralysie, mais je remarquai, au niveau du sacrum et des deux régions trochantériennes, des cicatrices irrégulières et étendues qu'on ne pouvait guère rapporter qu'à des escharres profondes survenues bien

(1) Joffroy. *De la folie brightique* (*Bulletin médical* 4 février 1891).

antérieurement dans le cours d'une maladie grave, telle qu'une fièvre typhoïde, et j'insistai sur l'intérêt qu'il y aurait à connaître les troubles psychiques qui avaient pu se développer à cette occasion. Tel fut le point de départ d'une enquête qui nous fit connaître l'histoire complète et très instructive de cette malade.

Voici d'abord ses antécédents héréditaires :

Son père est mort à 62 ans. Etant soldat dans l'armée de Napoléon Ir, il courut un grand danger, eut de ce fait une très vive émotion et consécutivement des troubles intellectuels. Il fit plusieurs tentatives de suicide, voulut se couper la gorge, plus tard essaya de se jeter dans un puits et finalement mourut en proie à une « maladie noire », selon l'expression que l'on employait dans son entourage.

Un des frères de la malade se suicida. A la mort de sa mère, il manifesta une douleur excessive; ne pouvant surmonter son chagrin, il se jeta dans un puits et se noya. Il avait eu soin de laisser ses galoches près du puits, de sorte qu'on ne pouvait se méprendre sur la nature de l'accident.

D'autre part, la malade eut six enfants et ici encore nous avons à signaler des faits importants.

L'un d'eux est mort à trois ou quatre ans avec des convulsions.

L'aîné des enfants a aujourd'hui 45 ans, il a toujours eu une bonne santé, mais il est bizarre, exalté, violent, de mœurs tapageuses; il quitta le foyer domestique pour venir à Paris, vivre avec une femme qu'il emmena malgré les prières et le désespoir de sa mère.

Le sixième enfant est un garçon qui s'adonna à l'alcool dès l'âge de quinze ans et qui, à 25 ans, fut atteint d'épilepsie. D'après les renseignements qui nous furent fournis, il pouvait être un épileptique simple et ne pas avoir de troubles mentaux très accusés. Cependant il fut interné à Bicêtre il y a quatre ans, puis remis en liberté, mais dernièrement, il rentra de nouveau à Sainte-Anne d'où il fut envoyé à la Ville-Erard.

Toutes les grossesses de notre malade paraissent avoir été régulières et sans aucun trouble mental. L'accouchement se fit toujours normalement, mais à diverses reprises elle eut des attaques de nerfs pendant le travail, jamais il n'y eut perte absolue de connaissance. S'agit-il d'hystérie ou d'éclampsie? Il est impossible de le dire. On négligea toujours l'examen de l'urine.

Pendant son enfance, cette malade eut diverses maladies, la scarlatine, la rougeole, la variole. Chaque fois la fièvre fut vive,

s'accompagna de phénomènes graves et d'un délire très marqué, mais sur les caractères duquel nous n'avons aucun détail.

A 20 ans survint une fièvre typhoïde très violente pendant le cours de laquelle se produisirent les escharres profondes et multiples dont on retrouve aujourd'hui les cicatrices, au sacrum, aux deux trochanters, principalement du côté droit.

La maladie fut longue ainsi que la convalescence; la malade dut alors garder le lit pendant six mois, parce qu'elle ne pouvait marcher. La nature de cette paraplégie sur laquelle nous n'avons aucune donnée, ne peut être déterminée, on ne peut nous dire ni s'il y avait de l'amaigrissement des membres paralysés, ni s'il y avait des troubles de la sensibilité, ni s'il y avait des troubles vésicaux.

Mais ce qu'il importe davantage de relever c'est l'existence d'un délire qui s'est développé pendant la période fébrile et a persisté pendant la convalescence. Ce délire était assez précis pour avoir fixé l'attention des personnes de l'entourage et les détails nous en sont rapportés de la même manière et par une sœur de la malade, et plus tard par la malade elle-même lorsqu'elle fut guérie de l'accès qui a motivé son entrée dans nos salles. Dans son délire elle gémissait sans cesse d'être dénuée de toutes ressources, de manquer de vêtements, de nourriture, de n'avoir aucun abri où elle puisse se reposer et de voir ses enfants abandonnés sans ressources. Elle croyait errer dans la campagne, implorait la permission de se reposer dans quelque grange, etc. Ces idées de ruine persistèrent quelque temps après la fièvre, puis disparurent après quelques semaines laissant la malade avec un affaiblissement intellectuel notable et une perte très accusée de la mémoire. Ce n'est guère qu'après plus de six mois que tous les accidents se dissipèrent et que la malade put être considérée comme guérie.

L'intérêt des détails assez précis que nous avons pu recueillir sur les troubles délirants de cette fièvre typhoïde est très frappant, c'est comme la copie de ce que nous avons observé il y a quelques semaines, nous y retrouvons, en effet, non seulement le même caractère triste, mais encore les mêmes idées, les mêmes détails, les mêmes mots; c'est toujours la privation des choses les plus indispensables, la même misère et le même isolement.

Et cette sorte d'accès d'idées délirantes, tristes, s'est présenté presque toujours identique à la description précédente à toutes

les époques de la vie de notre malade ou elle éprouva quelque grande secousse physique ou morale.

C'est ainsi qu'après la disparition complète de la fièvre typhoïde, de la paraplégie et des troubles mentaux qui la suivirent, la malade revient à un état de santé qui parait entièrement satisfaisant, elle put se marier, avoir plusieurs grossesses, élever ses enfants sans que rien vienne trahir la fragilité de la guérison. Mais à la mort de sa mère survinrent des incidents que nous avons déjà signalés et qui occasionnèrent une première rechute. Nous avons dit qu'un de ses frères fut très douloureusement impressionné et se sucida; ce fut à la suite de cette double mort que la malade eut un nouvel accès d'idées délirantes tristes, qui toutefois n'eurent ni assez d'intensité ni une durée assez longue pour entraîner son internement dans une asile.

Il n'en fut pas de même à l'âge de cinquante-cinq ans. Le petit commerce que dirigeait la malade n'était déjà guère prospère lorsqu'un incendie détruisit sa maison.et amena une ruine complète. Pour comble de malheurs, elle fut accusée d'avoir mis le feu chez elle, ce qui fut démontré faux, mais elle ne put supporter cette série d'événements malheureux. Elle ne tarda pas à présenter de l'agitation et du délire et en particulier à s'accuser elle-même d'avoir incendié sa maison. On dut l'enfermer à l'asile de Clermont. A ses anciennes idées de ruine s'ajoutèrent des idées de culpabilité, parfôis aussi elle présentait des moments d'exaltation, et enfin elle eut à plusieurs reprises pendant son séjour dans cet asile des accès méningitiques, avec perte de connaissance prolongée et paraissant devoir entrainer la mort.

Elle sortit de l'asile de Clermont guérie. Elle reprit ses occupations journalières. Plus tard elle vint à Paris habiter avec ses enfants et c'est alors qu'à la suite de contrariétés fréquentes elle eût des idées de suicide. Pour leur donner suite elle prit une fois un tranchet de cordonnier, une autre fois elle emporta une corde pour se pendre, ou bien partit pour se jeter à la Seine, etc., mais jamais cependant il n'y eut de tentative sérieuse.

Elle fut alors internée à Villejuif pendant trois ou quatre mois. Elle alla elle-même au dépôt demander sa séquestration disant qu'elle se tuerait si on ne l'en empêchait.

Elle sortit à peu près guérie,mais dût bientôt être internée à nouveau. Elle ne voulait plus mettre fin à ses jours de peur de faire du scandale chez ses enfants,mais on constatait les mêmes idées tristes que précédemment et un affaiblissement notable de l'intelligence.

Elle fut remise en liberté quelques mois plus tard et put se faire admettre à l'hospice des vieillards de la Salpêtrière. C'est là qu'elle vivait depuis plusieurs années lorsqu'elle alla dernièrement voir à la Ville-Evrard son dernier fils, épileptique, qui venait d'être admis pour la seconde fois dans un asile d'aliénés. Elle fut vivement et péniblement impressionnée par la vue de son fils malade et c'est à la suite de cette visite qu'elle fut encore une fois atteinte de ces idées délirantes qui paraissent être la reproduction exacte de celles qui, il y a cinquante ans, se sont montrées dans le cours et à la suite de sa fièvre typhoïde. C'est ainsi qu'elle entra à l'infirmerie de la Salpêtrière ou le calme, le repos, le sommeil provoqué par des doses modérées d'antipyrine amenèrent rapidement une guérison complète. Aujourd'hui cette malade nous dit : « Je vais beaucoup mieux que quand je suis venue ici, j'avais la tête perdue et je disais des choses qui n'avaient pas de sens. » Elle nous fournit exactement des renseignements sur toute sa vie, renseignements précis et de tous points conformes à ceux qui nous ont été donnés par sa sœur. La mémoire et l'intelligence paraissent normales et l'on ne se douterait pas que l'on se trouve en présence d'une femme qui, à tant de reprises, a été atteinte d'aliénation mentale.

Messieurs, cette observation se passe de commentaires. Il est bien certain que lors du premier accès qui s'est développé pendant le cours de la fièvre thyphoïde de cette malade, on aurait pu, ignorant ses antécédents héréditaires, se demander si l'on n'avait pas affaire à une complication directe de la fièvre typhoïde, si en un mot les accidents vésaniques n'étaient pas de même essence, de même nature que les symptômes appartenant en propre à la fièvre typhoïde.

Je me suis déjà très nettement expliqué sur ce point, ce qui est essentiel ici c'est l'hérédité, c'est cette sorte d'existence latente d'un état vésanique qui se réveillera dans toutes les grandes commotions physiques ou morales de la vie. Et l'on dirait vraiment que l'histoire de cette malade a été imaginée à loisir pour la démonstration de cette notion générale de pathologie mentale. Que la malade ait une fièvre thyphoïde, qu'elle soit violemment éprouvée dans ses affections par la mort de sa mère, par le suicide de son frère, par la mauvaise conduite d'un fils, ou par l'internement d'un autre atteint d'épilepsie, qu'elle voit sa maison brûlée et sa petite fortune anéantie, c'est toujours le même

trouble mental qui se produit, elle est en proie à un délire triste, à peu près toujours le même, à tel point qu'on retrouve la même idée fondamentale dans l'accès qu'elle eut à 20 ans au moment de sa dothinenterie, et dans le dernier qu'elle a eu sous nos yeux à l'âge de 70 ans. Peut-être même la démonstration serait-elle encore plus grande si nous avions pu avoir des renseignements plus précis sur ce qui s'est passé quand elle fut atteinte de scarlatine, de variole et de rougeole. Tout ce que nous savons c'est que les accidents fébriles furent très intenses et compliqués de délire ; malheureusement ici les détails nous font défaut, mais j'imagine volontiers que ce délire devait se présenter avec les mêmes caractères que celui qui s'est développé pendant la fièvre typhoïde. C'est qu'en effet il ne s'agit pas dans ce cas d'une vésanie de nature typhique, mais d'une vésanie héréditaire latente ; mise en évidence par une scarlatine, par une variole, comme elle a été mise plus tard en évidence par des émotions pénibles. — Que l'on conserve donc si l'on veut les dénominations de folie typhoïde, de folie scarlatineuse, de folie urémique, etc., mais qu'on sache bien la valeur restreinte du terme que l'on emploie, qu'on sache bien que le qualificatif n'indique pas la nature du trouble mental, mais désigne seulement la circonstance accidentelle qui a permis à la folie héréditaire préexistante, restée plus ou moins silencieuse, de se révéler par un accès souvent inopiné et inattendu. Et c'est précisément parce que l'accès de folie se développe parfois brusquement, et surprend à la fois et l'entourage et le médecin, que l'on a pu croire à une relation plus intime entre la maladie infectieuse existant et les troubles mentaux intervenant, mais l'analyse des faits, l'étude démonstrative de certaines observations complètes, comme celle que nous venons de parcourir ensemble, montre bien que dans ces cas la fièvre typhoïde n'est pas une cause créatrice, mais seulement une cause révélatrice.

Toutefois il est un point sur lequel je tiens à fixer davantage votre attention : c'est que si une intoxication chronique, comme l'urémie, si une fièvre infectieuse, comme la scarlatine, la pneumonie, etc., peuvent déterminer l'apparition d'un accès d'une folie héréditaire, restée jusque là silencieuse, la fièvre typhoïde mérite une mention toute spéciale à cause de la facilité, de la fréquence avec laquelle elle agit dans ces circonstances. Et cela se comprend assez facilement : dès le début des accidents de la fièvre thyphoïde on consigne des symptômes cérébraux, de la paresse et de la fatigue

intellectuelles, de la céphalalgie, de l'insomnie, des cauchemars, le développement facile du délire, et plus tard, pendant la convalescence, de la diminution de la mémoire, de l'inaptitude au travail,etc.,et il n'est pas plus extraordinaire,dans ces conditions, de voir la folie se développer chez ceux que l'hérédité prédispose, que de voir dansla rougeole,maladie à manifestations bronchiques, la tuberculose évaluer chez ceux que l'hérédité prédispose. Ces deux processus sont comparables et de même qu'on ne songe pas à dire que la tuberculose dans ce dernier cas est de nature rubéolique, de même il n'y a pas lieu de se demander si dans le cas précédent la folie est de nature typhique.

Je crois du reste que la démonstration que je poursuis vous paraît maintenant suffisante, j'y ajouterai cependant encore un argument. C'est que si les accidents vésaniques se présentent avec des caractères généraux tels que toujours ils rentrent dans la grande classe des psychoses héréditaires, on les observe chez les différents malades avec des particularités très diverses : l'un a des idées de grandeur, l'autre des idées religieuses, ou bien des idées de ruine, de suicide, etc. En un mot,on a une telle variation dans la symptomatologie de la folie typhoïde qu'on ne pourrait que bien difficilement se représenter qu'il s'agit là d'une manifestation directe de l'intoxication typhique.

J'insisterai du reste encore sur ce point, c'est que si un accès vésanique a persisté à la fièvre typhoïde, on reverra le même accès, avec les mêmes caractères, à l'intensité près, au moment de la fièvre typhoïde. Je vais en rapporter deux exemples.

Le premier est relatif à une femme d'une trentaine d'années, hystérique, ayant de grandes attaques convulsives avec une période délirante au cours de laquelle elle avait des idées religieuses, et des hallucinations célestes. D'autre part, nous avons appris que, plusieurs années avant sa fièvre typhoïde, elle avait été en proie à une sorte de mysticisme s'accompagnant de pratiques religieuses exagérées. Toutefois elle était complètement guérie de ces troubles mentaux et des grandes attaques d'hystérie lorsqu'elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde très violente, avec température très élevée, délire continuel et d'un caractère bien particulier. Quand je fus appelé près de la malade, je la trouvai en effet, assise, les bras levés, les regards fixés au ciel où, dit-elle, elle allait monter. Sur sa figure rayonnait le bonheur, et elle essayait de décrire la magnificence du spectacle qu'elle admirait; c'était Dieu le père entouré d'anges, d'archanges, de

chérubins, en nombre infini, etc.; et tant que dura le délire il se présenta avec le même caractère rappelant à la fois une phase de la période délirante de ses grandes attaques d'hystérie et l'accès vésanique dont elle avait été atteinte plusieurs années auparavant.

L'autre cas n'est pas moins probant. Il est relatif à un malade que j'eus à soigner pour une atrophie musculaire consécutive à une lésion du genou. Ce malade avait eu antérieurement la syphilis; cette maladie avait été bien soignée et alors qu'elle semblait parfaitement guérie, le malade s'était marié et avait eu des enfants bien portants. Déjà au cours de la syphilis le malade avait manifesté une grande inquiétude, peu en rapport avec la bénignité apparente des symptômes, et ce n'est que quand tous les accidents eurent disparu depuis longtemps, et après que son médecin lui eut formellement et à plusieurs reprises assuré qu'il était guéri, qu'il ne pouvait plus communiquer la maladie, que les enfants ne se ressentiraient pas de l'affection syphilitique, qu'il consentit à se marier. On ne saurait évidemment considérer comme pathologiques des scrupules fort louables, mais dans le le cas actuel ils se présentèrent avec une exagération qui en change le caractère. Au cours du traitement de l'atrophie musculaire, des accidents nettement syphilitiques se montrèrent de nouveau sur la muqueuse du pharynx et de la langue et déterminèrent alors un véritable collapsus moral. Le malade se tint éloigné de sa femme d'une manière absolue et, alors même que tous les accidents furent complètement guéris depuis longtemps, il resta tourmenté par la crainte de transmettre la syphilis non seulement à sa femme, mais encore à ses enfants, ou à son entourage. C'est alors qu'il prit des soins de propreté exagérés, se lavant plusieurs fois par jour les organes génitaux, se lavant continuellement les mains et venant sans cesse chez moi pour que je lui affirme qu'il ne pouvait, dans cet état, transmettre la syphilis. A peine sorti de mon cabinet, il y rentrait sous un prétexte quelconque pour me demander encore une fois les mêmes assurances. En proie à cette inquiétude continuelle, ce malheureux fut assailli par des idées de suicide et se livra à des actes de dévotion qui n'étaient pas en rapport avec son existance antérieure. Bref, l'atrophie musculaire guérit, les accidents syphilitiques ne se montrèrent plus et peu à peu le malade, qui s'était trouvé dans l'impossibilité de faire aucun travail, put reprendre ses occupations habituelles et fut débarrassé de ses idées obsédantes.

C'est dans ces conditions que quelques années après il fut atteint d'une fièvre typhoïde très grave pendant laquelle survint un délire persistant, mais qui ne se coordonna qu'après la disparition de la fièvre. Il y eut alors une perte absolue de la mémoire avec affaiblissement considérable de l'intelligence et une émotivité telle qu'il ne pouvait recevoir une visite sans pleurer. Plus tard il vit du danger partout, pour lui, pour sa femme, pour ses enfants. Plus tard encore se répétèrent, mais avec plus d'intensité, les mêmes troubles mentaux auxquels j'avais déjà assisté pendant que je le soignais pour l'atrophie musculaire : la crainte de transmettre la syphilis, le besoin de se laver continuellement les mains, l'impossibilité de prendre une décision, les idées de suicide, les pratiques religieuses tout à fait exagérées, toutes les superstitions populaires. C'est ainsi que non seulement il ne passait pas devant une croix sans la saluer avec ostentation, mais il saluait les églises, les clochers même à une distance trés éloignée, des branches d'arbre qui se croisaient de maniére à rappeler l'image de la croix. Certains noms prononcés devant lui le jetaient dans une angoisse trés pénible. En même temps des idées hypocondriaques étaient survenues, et ce malade, qui voulait se suicider, était en proie aux plus grandes préoccupations relativement à l'état de sa santé.

Après plus d'une année ces accidents commencèrent à s'amender, et progressivement le sujet revint à un bon état de santé physique et intellectuelle, et a pu reprendre des occupations régulières.

Je n'ai pu me procurer que des renseignements très incomplets sur les antécédents héréditaires de ce malade, cependant je sais qu'il eut une tante aliénée.

Pour terminer, je rapporterai une observation qui se rapporte moins directement à l'aliénation mentale, c'est celle d'une jeune hystérique dont les antécédents me sont également peu connus. Je sais seulement qu'elle a eu des attaques d'hystérie, et qu'à la suite d'une attaque elle eut pendant quelque temps une certaine difficulté de la marche. Mais ces accidents étaient déjà lointains et dataient de plusieurs années lorsqu'elle eut une fièvre typhoïde grave, avec délire violent. La malade guérie, se rétablit assez vite, mais elle ne put quitter son lit, parce qu'elle était paraplégique. Ce n'est que neuf mois après que je fus appelé à examiner la malade. J'avoue que je ne songeais nullement, au premier abord, à une paraplégie hystérique, mais l'absence d'atrophie

musculaire, la conservation de la contractilité électrique comme à l'état normal, l'anesthésie absolue des parties paralysées, l'anesthésie incomplète de tout le côté droit avec ovaralgie droite, le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'anesthésie pharyngée, l'existence antérieure d'accidents hystériques me firent faire le diagnostic de paraplégie hystérique. Il fut, du reste, confirmé par le mode de la guérison qui arriva subitement sous l'influence de la suggestion. Et dans ce fait, comme dans les précédents, on voit la fièvre typhoïde réveiller un trouble cérébral latent.

Ces observations me paraissent probantes, il n'y a aucune utilité à les commenter. Dans toutes on peut faire la même remarque. La fièvre typhoïde s'est accompagnée d'un délire très accusé et a été suivie de troubles mentaux analogues à ceux qui se sont montrés, soit avant, soit après la fièvre typhoïde, sous l'influence d'autres causes, soit pathologiques, soit morales, et la fièvre typhoïde n'a pas créé la folie, elle en a seulement provoqué l'apparition.

M. Weill fait observer que la fièvre typhoïde n'a, dans tous ces cas, ni plus ni moins d'action que tous les processus infectieux déjà signalés.

M. Joffroy. — La fièvre typhoïde a un rôle plus puissant que toutes les autres maladies. La fièvre typhoïde est une maladie à manifestations inverses plus que toute autre maladie infectieuse.

LA FRANKLINISATION DANS LES MALADIES MENTALES

M. Ladame. — Messieurs, depuis les premiers essais thérapeutiques du professeur Jallabert, de Genève, en 1747 et 1748, sur son célèbre paralytique, les applications de l'électricité statique aux maladies les plus diverses du système nerveux prirent, au XVIIIe siècle, une extension de plus en plus grande jusqu'à la découverte de la pile.

Mauduyt, en 1784, résume, en quelques paroles pleines de bon sens, les conditions nécessaires à l'efficacité des applications électriques aux maladies nerveuses.

« Il me paraît, dit-il, que c'est parce que la plupart des physiciens administraient une électricité trop forte dans les maladies nerveuses, qu'ils en augmentaient les symptômes en commençant le traitement, ce qui leur a fait porter un faux jugement à l'égard de l'emploi de l'électricité dans ces maladies, et c'est, au contraire, parce que les Anglais ont employé une électricité douce qu'ils n'ont point, par son usage, irrité le mal et qu'ils sont parvenus à connaître l'utilité de l'électricité pour le traitement des maladies nerveuses. »

A cette époque il n'était pas encore question de soumettre les fous à un traitement médical ; cependant on en comptait déjà un certain nombre parmi les malades traités par l'électrisation statique. Nous citerons spécialement Perfect, psychiatre anglais renommé (1740-1789), qui traita quelques aliénés avec succès au moyen de cette méthode ; mais en dehors de ces observations il ne nous est rien resté de précis sur les effets de l'électricité dans les maladies mentales, avant la grande réforme de Pinel et d'Esquirol.

Pinel ne paraît pas s'être préoccupé du traitement électrique des aliénés. Esquirol, par contre, qui essaya sans succès le galvanisme, de concert avec le fameux professeur Aldini, neveu de Galvani, cite un cas de guérison par l'électrisation statique, la seule malade, dit-il, qui ait guéri pendant le cours de ses expérimentations sur un grand nombre de femmes aliénées, à la Salpêtrière, en 1823 et 1824. Esquirol ne donne, du reste, aucun détail sur les méthodes de traitement qu'il employait, ni sur les malades qu'il a soumis à ce genre de traitement.

Dès lors, et jusqu'à ces dernières années, l'emploi de l'électricité statique dans le traitement des maladies mentales a été complètement délaissé. Il faut en chercher la cause, en partie sans doute dans les résultats si peu encourageants obtenus par un maître comme Esquirol, mais plus encore peut-être dans la répugnance des malades pour ce mode de traitement, et surtout dans les grandes difficultés d'application qu'offraient les anciens appareils de physique, générateurs incommodes et capricieux de l'électricité statique.

Tant qu'il fallut recourir aux machines à frottement ou aux bouteilles de Leyde pour produire de l'électricité, les applications thérapeutiques de cet agent physique ne pouvaient se généraliser parmi les médecins. Pour que cette généralisation devint possible il fallait l'invention des machines à induction qui se chargent

surtout par influence et donnent une quantité d'électricité beaucoup plus grande avec un débit moins inconstant que celui des machines à frottement. Sous un volume relativement petit et peu encombrant les machines modernes peuvent développer une grande puissance électrique. La machine de Holtz (1865) a été le point de départ de toutes les modifications, si variées, des machines à induction que l'on trouve actuellement employées en médecine. En France on se sert surtout de la machine Carré et de celle de Wimshurst. C'est avec la machine de Holtz que Schwander fit à Vienne, en 1868, une série très remarquable d'expériences physiologiques et d'essais thérapeutiques qui passèrent alors complètement inaperçus ou furent même dédaigneusement repoussés.

En 1877, une ère nouvelle s'ouvrit pour la franklinisation, lorsque le professeur Charcot organisa à la Salpêtrière le traitement méthodique de ses malades par l'électricité statique, et chargea de ce service le docteur Romain Vigouroux. Aujourd'hui, cette méthode thérapeutique compte de nombreux partisans et s'est propagée surtout en Russie, en Amérique et en Allemagne.

Après en avoir étudié les effets à la Salpêtrière, je commençai à Genève, en 1884, les premières applications de l'électricité statique au traitement de mes malades, parmi lesquels je compte toujours un grand nombre de psychopathes. Je viens vous donner un court résumé des résultats que j'ai obtenus depuis lors dans certains cas d'aliénation mentale traités par cette méthode. Mon seul but, en faisant cette communication, est de montrer que nous possédons, dans l'électricité statique, un agent thérapeutique, souvent utile dans le traitement des psychoses, et dont l'emploi, relativement très simple, devrait se généraliser dans les asiles, où il n'a pas encore pénétré, du moins à ma connaissance.

Je ne parlerai pas ici des effets physiologiques, encore peu connus, de l'électricité statique, ni des indications générales de la franklinisation en psychiatrie. Je n'étudierai pas non plus les appareils et les instruments au moyen desquels on en fait l'application, ni les différents procédés qui sont employés dans ce but. Je me bornerai à citer brièvement quelques observations typiques dont j'ai noté les résultats et que je choisis à dessein dans divers groupes cliniques.

Les états de dépression psychique, l'hypochondrie et la mélancolie, avec insomnie et idées de suicide, m'ont paru fournir avant tout, surtout au début, une indication très nette pour le

traitement par l'électricité statique. Je compte déjà un assez grand nombre de succès par cette méthode dans les cas de ce genre. En voici un qui pourrait servir de type.

Une dame, âgée de 42 ans, devint mélancolique à la suite d'un chagrin prolongé. Elle ne dort presque plus, ou, si elle vient à s'endormir, son sommeil est troublé par des rêves pénibles. Pas d'hallucinations des sens. Pas de stigmates d'hystérie ni d'antécédents névropathiques évidents. La malade se nourrit mal et refuse souvent de manger. Depuis quelques semaines elle a considérablement maigri. Elle se plaint d'une angoisse précordiale qui ne la quitte jamais et dont les exacerbations sont parfois assez violentes. Elle souffre souvent de la tête; ses cheveux tombent abondamment. La malade refuse de se soigner. Elle se laisse cependant soumettre à un traitement par l'électricité statique, mais témoigne un grand découragement. Je lui fais prendre des séances très courtes, cinq minutes chaque jour. Bain électrostatique et souffle léger sous forme de douche d'air électrisé sur la tête ou sur la région précordiale. Après douze séances l'amélioration est déjà manifeste. Les cheveux ne tombent presque plus. Le sommeil est revenu. Les rêves pénibles sont beaucoup plus rares. La malade commence à avoir un peu d'appétit et se rend maintenant sans résistance aux séances d'électrisation. L'amélioration s'est accentuée peu à peu et la guérison a été complète après six semaines de traitement.

Une particularité intéressante est à relever dans ce cas. Les époques qui s'étaient supprimées sous l'influence de la dépression mélancolique reparurent pendant le traitement et se régularisèrent. C'est là un résultat que j'ai maintes fois constaté et qui avait été déjà signalé par les observateurs du siècle dernier.

A côté de ce cas de mélancolie simple je pourrais placer plusieurs observations de malades hypochondriaques chez lesquels la franklinisation a apporté du soulagement, sans toutefois les guérir complètement. Par contre, dans un cas de mélancolie anxieuse, chez un vieillard de 75 ans, le traitement par l'électricité statique a été suivi d'une grande amélioration.

Je remarquerai, que dans les cas de ce genre, il ne faut jamais employer l'étincelle électrique, ni aucun moyen qui agisse brusquement et inquiète le malade. Il faut procéder au contraire avec beaucoup de ménagements et graduer très lentement les applications électriques, en tenant compte des appréhensions et des craintes manifestées par le malade. On croit généralement que le

traitement électrique est un excitant du système nerveux. Dans les cas de mélancolie anxieuse ou agitée on peut observer au contraire que le bain électro-statique et les applications du souffle sont parfois tout-à-fait calmants. Il faut éviter avec soin, cela va sans dire, chaque fois que l'on désire un effet sédatif de l'électricité, tout procédé violent, toute décharge disruptive. On n'employera alors qu'une tension électrique modérée et l'on fera des séances très courtes. Il faut bien étudier son malade et apprendre à connaître les particularités de ses impressions psychiques, car si l'on ne modifie pas les méthodes d'application suivant les cas individuels on risque de perdre définitivement la confiance du malade, si difficile parfois à gagner, et de compromettre ainsi les résultats d'un traitement qui aurait pu rendre de bons services. C'est surtout en psychiatrie qu'il n'y a rien de mesquin et que le moindre détail dans l'application d'une méthode thérapeutique peut acquérir à un moment donné une extrême importance.

Une autre forme de mélancolie réclame alors un traitement stimulant. C'est celle qui s'accompagne d'un certain degré d'apathie, d'indifférence ou d'anesthésie générale. Je ne parle que des cas légers, n'ayant pas eu l'occasion d'appliquer le traitement à des cas graves de mélancolie avec stupeur. Je ne doute pas cependant que l'application énergique des étincelles électriques n'agisse favorablement dans les cas de ce genre, si l'angoisse latente du malade ne s'y oppose, ce symptôme, lorsqu'il atteint une grande intensité, étant une contre-indication formelle du traitement par l'électricité. M. le professeur Ball a cru, dans un cas de stupeur, réveiller la vitalité par l'instrument de Baunscheidt qui n'est pas toujours sans danger. L'étincelle électrique remplacera avantageusement, dans ces cas, à mon avis, les piqûres d'aiguilles de Baunscheidt sans offrir aucun de ses inconvénients. Le Dr Mossdorf, de Dresde, a constaté récemment une amélioration notable, d'une durée de six mois, chez un malade atteint de stupeur chronique, après un traitement par l'électricité statique, combinée à la galvanisation.

J'ai eu à traiter plusieurs cas de dépression mélancolique, avec idées de suicide et troubles nerveux divers, sensations étranges dans la tête, névralgies, paresthésies, hyperesthésies et anesthésies, sans localisations bien déterminées, qui se sont améliorés sous l'influence de la franklinisation, en procédant comme nous venons de le dire, par degrés, depuis le bain électro-statique

simple, le souffle, l'aigrette, les faibles étincelles de la boule de bois, qui conviennent surtout pour les applications à la tête, les frictions à travers les vêtements, jusqu'aux étincelles énergiques des boules métalliques de différents diamètres. Nous pouvons graduer ainsi l'action de l'électricité statique depuis zéro, pour ainsi dire, jusqu'aux intensités les plus fortes.

La franklinisation est un tonique puissant qui peut devenir efficace dans toutes les formes de psychoses asthéniques, surtout dans celles qui se développent après les maladies aigües, et tout spécialement dans les affections psychiques neurasthéniques qui s'observent après les surmenages de toute espèce, les excès, les épuisements du système nerveux. Mais elle est utile aussi dans d'autres circonstances.

Je traite depuis plusieurs années une malade qui a dépassé la quarantaine et qui est atteinte de folie circulaire, quatre mois d'excitation suivis sans transition de huit mois de dépression mélancolique. Le même cycle se représente chaque année depuis près de vingt ans.— Depuis qu'elle est en traitement par l'électrisation statique, la malade se trouve beaucoup mieux. Elle vient elle-même réclamer les séances calmantes lorsqu'elle se sent excitée, et, dans le stade de dépression, une large application d'étincelles sur la colone vertébrale lui procure toujours un grand soulagement. Avant d'être soumise à la franklinisation, cette dame avait essayé divers traitements sans aucun effet. Sa maladie n'est pas guérie, les périodes d'excitation et de dépression se succèdent comme auparavant, mais la malade a repris confiance et courage, elle supporte beaucoup mieux les alternances de sa psychose et la certitude qu'elle possède un moyen pour atténuer ses symptômes lui rend l'existence moins pénible. Elle a repris goût à ses occupations domestiques; tous les membres de sa famille se louent des bienfaits du traitement électrothérapique et encouragent la malade à le continuer. Elle fait habituellement deux séries d'électrisation par année, aux époques de transition de sa psychose. Je ne voudrais pas en conclure que la folie circulaire, si rebelle à tous nos moyens d'action, peut être guérie par la franklinisation. Je pense que les cas graves de cette maladie y seront malheureusement réfractaires,comme à toute autre méthode thérapeuthique, mais il m'a paru intéressant de signaler l'amélioration persistante que j'ai obtenue dans une forme de psychose qui passe, à juste titre, pour être presque sûrement incurable.

Le délire chronique systématisé avec hallucinations des sens ne

paraît pas être influencé par l'électricité, si j'en juge du moins par les cas que j'ai soumis à ce traitement. Voici une observation qui me paraît typique à cet égard.

Un cocher, âgé de 34 ans, souffre depuis 12 ans du délire des persécutions avec hallucinations des sens, surtout de l'ouïe, parfois de la vue, du goût, de l'odorat ainsi que des sensations génitales qu'il nomme « passions de pudeur » et qu'il rapporte à ses persécuteurs. Il adresse pétitions sur pétitions à la police, aux autorités municipales, au procureur général, au ministre de la justice dont il attend encore la réponse. Il m'a fourni une copie de cette pièce qui portait ces mots en épigraphe : « Demande pour obtenir une prompte justice. »

Dès la première séance d'électrisation statique, pendant laquelle je me sers de l'excitateur à pointes multiples pour faire la douche d'air électrisé sur la tête du malade, celui-ci me soumet plusieurs objections contre ce traitement. « Si l'électricité allait exciter ses persécuteurs? » Je lui affirmai au contraire qu'elle paralyserait leur action en le fortifiant contre eux. Bien que je ne croie pas que la suggestion soit la clef de tous les effets thérapeutiques de l'électricité thérapeutique, comme quelques savants sont disposés à l'admettre, je pense néanmoins que le médecin doit toujours seconder autant que possible son intervention par une suggestion appropriée. Il doit surtout combattre immédiatement et énergiquement, aussitôt qu'elles se manifestent, les suggestions contraires que le malade ne manque pas de se faire; « L'auto-suggestion, en psychiatrie, voilà l'ennemi. »

Dans le cas de mon cocher je ne me dissimulais nullement l'inconvénient du traitement électrique. J'allais peut-être par cette intervention alimenter ses idées délirantes et ajouter à toutes ses tortures celle de l'électrisation imaginaire qui tourmente tant de persécutés. Cependant, encouragé par d'autres cas dans lesquels l'électrisation m'avait paru produire une certaine détente dans les idées fixes, je résolus de continuer le traitement, en contrôlant soigneusement ses effets.

Une autre objection assez inattendu que me présenta le malade fut la suivante : « Si l'électricité allait fortifier ses amis? » Car il entendait des voix amies qui l'encourageaient et le défendaient contre ses persécuteurs. Il craignait donc que ses amis ne prissent définitivement le dessus et il ne se souciait absolument pas que l'on s'occupât autant de lui, même pour son bien.

Je le rassurai en lui demandant s'il n'avait pas remarqué que

ses amis ne s'inquiétaient plus de lui lorsqu'ils s'apercevaient que ses persécuteurs le laissaient tranquille. ce qu'il me confirma. Après l'électrisation, comme avant, son pouls marquait 60 par minute.

Au bout de quelques séances le malade me dit qu'il se trouvait bien de ce mode de traitement, mais qu'il faudrait l'électriser jour et nuit pour que ses persécuteurs soient tenus en respect. Depuis qu'on l'électrise, ils n'ont plus osé commettre d'attentats contre sa personne, mais il les entend converser entre eux. D'après ce qu'il a pu comprendre de la conversation de ces personnages, Gambetta serait mort de la même maladie. Puis, la nuit dernière, ses persécuteurs lui ont fait une farce. Ils n'ont pas osé comme d'habitude se livrer sur lui à des actes honteux et commettre des horreurs sur ses parties génitales, mais ils se sont amusés à lui faire sentir tout à coup dans une jambe les effets de l'électricité.

A plusieurs reprises le malade me fit part de ses inquiétudes sur les conséquences du traitement. Il me demandait si ses persécuteurs ne pouvaient pas s'emparer de l'électricité pour lui faire du mal. Chaque jour il m'apportait de nouveaux écrits détaillant ses griefs et ses plaintes, que je m'efforçais sans cesse de calmer.

J'augmente peu à peu l'influence électrique et je me sers bientôt de la boule de bois pour décharger sur la tête de petites aigrettes-étincelles. A cette sensation le malade s'écrie joyeusement : « Tiens, voilà toute la bande qui s'enfuit en riant. Ils n'ont pas peur de l'électricité. »

Après quinze jours de ce traitement le malade est sensiblement mieux. Il témoigne moins d'inquiétude et de malaise. Il affirme qu'on ne commet presque plus d'attentat sur lui et que la *clarté* commence à se faire sur sa situation.

Quelque temps après cependant ses malaises reviennent plus fort. Il dit que ses protecteurs commencent à s'ennuyer de veiller sur lui et qu'on le tuera sans doute lorsqu'ils seront endormis. Il est habitué du reste maintenant aux effets de l'électricité et ne croit plus qu'elle puisse lui faire du mal, ses persécuteurs ne pouvant s'en servir contre lui. Il n'a cependant aucune confiance dans ce traitement qu'il ne veut plus continuer.

Il suspend les séances pendant deux jours, puis revient en disant qu'il va plus mal et que les attentats nocturnes sur sa personne ont recommencé de plus belle. Il redemande les séances électriques. Je le soumets aux étincelles sur le dos et les membres. Il

pousse de petits cris à chaque décharge et fait des sauts de carpe sur le tabouret. Douche et aigrette sur la tête.

Le traitement est continué pendant six semaines. L'état général du malade s'améliore, ses nuits deviennent moins agitées, il accuse moins de malaises, mais son délire n'a pas changé et ses hallucinations de l'ouïe persistent comme auparavant.

L'amélioration, obtenue dans ce cas, me paraît être uniquement due à la suspension momentanée des habitudes de masturbation que le malade attribuait aux attentats de ses persécuteurs.

Le cas suivant appartient à une autre forme, assez commune à Genève.

Une dame, âgée de quarante-huit ans, qui avait dû être internée pendant six mois dans un asile, à trente-cinq ans, pour un accès de mélancolie, avec idées de suicide, présentait depuis deux ou trois ans à chaque printemps des symptômes d'excitation mentale, avec préoccupation religieuse, qui inquiétaient beaucoup sa famille. Son hérédité est assez chargée. On compte plusieurs aliénés dans ses ascendants et collatéraux.

Elle ne dort plus et médite des plans d'évangélisation. Elle veut s'adresser à des souverains étrangers pour faire progresser la foi. Dieu lui a fait comprendre qu'elle est appelée à de grandes destinées et qu'elle doit se dévouer à la cause de la propagation de l'évangile. Cette dame est très intelligente et sait par expérience le sort qui l'attend, si elle vient à manifester trop clairement ses idées, aussi dissimule-t-elle habilement son état mental. Elle pressent les questions qu'on va lui faire, et il est impossible de savoir si elle a oui ou non des hallucinations réelles de l'ouïe, ce qui paraît assez vraisemblable, si l'on en juge d'après les bizarreries de sa conduite.

Je la décidai à faire un traitement par l'électricité statique qu'elle suit avec beaucoup de zèle pendant six semaines. Au bout de ce temps l'amélioration est considérable. La malade a retrouvé le sommeil et l'appétit. Elle ne parle plus de ses idées religieuses. Elle voyage à l'étranger pour faire une cure de bains et reste une année entière sans présenter aucun symptôme alarmant. Au printemps de l'année suivante cependant, une grave rechute avec tentative de suicide nous contraint à la faire entrer sans délai dans un asile où elle est encore séquestrée.

Je pourrais multiplier beaucoup les observations dans lesquelles la franklinisation a apporté, sinon la guérison, du moins une amélioration notable dans les symptômes des diverses maladies

mentales. Je citerai spécialement encore les obsessions pathologiques, le délire du toucher et la folie du doute, ainsi que bien d'autres formes de la folie des dégénérés. Les obsessions ne sont pas modifiées par le traitement, il est vrai, mais le malade se fortifie contre elles et les supporte mieux.

Lorsque les troubles psychiques ont pour cause l'hystérie ou la neurasthénie, le traitement par l'électricité statique offre souvent aussi de grands avantages.

C'est même dans les psychoses de cette nature que la franklinisation donnera les meilleurs résultats.

Un symptôme fréquent chez les aliénés, qui est combattu parfois avec avantage par l'électricité statique, c'est la constipation. On peut arriver à régulariser les fonctions intestinales chez des malades, des hypochondriaques neurasthéniques notamment, en tirant chaque jour pendant quelques minutes un grand nombre d'étincelles des parois abdominales.

Il y a quelques années j'avais le privilège d'assister à une leçon de M. Pierret qui traitait un chapitre important de la symptomatologie générale des maladies mentales. On observe, disait-il, une trilogie qui manque rarement au début de l'aliénation mentale. Le mal de tête, l'insomnie et la constipation. Contre chacun de ces symptômes l'électricité statique peut se montrer efficace, lorsqu'on réussit à trouver le procédé de franklinisation qui convient le mieux à chaque cas particulier.

C'est, en effet, dans les périodes initiales des maladies mentales, que l'électricité statique se montre le plus utile. Le Dr Jules Morel, de Gand, dans un travail très intéressant sur l'Electrothérapie dans les maladies mentales, l'avait déjà constaté pour la galvanisation et la faradisation. Il en est de même pour la franklinisation, et l'on pourrait ajouter que c'est là une loi générale, car il en est de même pour toutes les méthodes de traitement appliquées aux aliénés, ainsi qu'à tous les autres malades.

Le champ de mes observations est trop restreint et la durée en est trop courte, je le sais, mais les résultats sont cependant de nature à encourager les médecins qui voudraient essayer ce traitement dans leur service, si les conditions dans lesquelles ils sont placés n'y mettent pas obstacle. Le principal obstacle, vous le connaissez, c'est le nombre croissant des incurables qui encombre les asiles d'aliénés.

Je me crois autorisé à conclure que l'électricité statique est un

agent thérapeutique qui mérite d'être placé à côté des autres agents physiques dans le traitement des maladies mentales. La franklinisation offre de réels avanlages sur les autres méthodes thérapeutiques dans un grand nombre de cas, surtout dans les psychoses à formes asthéniques et dépressives. Elle est parfois préférable aux autres modes d'électrisation et aux applications hydrothérapeutiques. Elle les remplacera avantageusement toutes les fois que l'emploi de ces dernières présenterait des inconvénients. Dans beaucoup de cas il sera très utile de combiner l'électricité statique à l'hydrothérapie et aux autres méthodes de traitement des psychoses.

M. Joffroy. — A côté de l'action physiologique, il y a aussi la suggestion, qui est un mode de traitement plus ancien qu'on ne le croit. La suggestion est un mode très puissant pour guérir les psychopathes; il importe de tenir compte de son effet dans toute appréciation de médication nouvelle, comme celle de l'électricité statique en particulier.

M. le Président. — Avant de poursuivre notre ordre du jour, d'ailleurs assez chargé, je vous prie, Messieurs, de vouloir bien discuter la date du prochain Congrès et désigner le lieu où il devra se réunir. MM. Doutrebente, de Blois, Rey, de Marseille, et Régis, de Bordeaux, proposent chacun la ville qu'ils représentent.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Carrier, Ladame, Joffroy, Charpentier et Bouchereau, le Congrès décide :

1° Que dorénavant le Congrès se réunira chaque année, le premier lundi du mois d'août, dans une des villes de France dont les autorités ou les aliénistes en auront fait la demande;

2° Que, l'an prochain, le Congrès se réunira à Blois.

M. Doutrebente avait d'ailleurs invité le Congrès à se rendre à Blois dès la première réunion à Rouen.

La parole est ensuite donnée à M. Saury pour la lecture d'une communication.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS (ZONA BRACHIAL, ECCHYMOSES SPONTANÉES, HYPERHYDROSE) CHEZ UNE DÉGÉNÉRÉE HYPOCONDRIAQUE

M. Saury (de Suresnes). — Messieurs, on connaît les troubles de nutrition, les désordres circulatoires et sécrétoires qui surviennent, fréquemment, comme épiphénomènes plus ou moins intenses et plus ou moins passagers, dans le cours des affections du système nerveux, soit que ces affections dépendent de lésions accessibles à nos recherches (ataxie locomotrice, paralysie générale, etc.), soit que leur cause anatomique échappe à nos moyens d'investigation (névroses). Rien de mieux établi en pathologie, professe depuis longtemps M. Charcot (1), que l'existence de ces troubles trophiques. Ils peuvent frapper les diverses parties du corps, en occuper les régions superficielles ou profondes. Sous leur influence, la peau et les muqueuses, le tissu cellulaire, les muscles, les os, les articulations, les viscères, tous les organes enfin sont passibles des altérations les plus variées. Parfois, la multiplicité de ces manifestations, chez le même sujet, s'accuse d'une façon vraiment remarquable. Dans l'exemple suivant, qui appartient au groupe des névroses, j'ai vu se produire successivement : 1° une éruption de zona, 2° des ecchymoses spontanées, 3° de l'hypersécrétion des glandes sudoripares. Voici, du reste, l'observation détaillée :

Mlle Henriette, âgée de quarante-cinq ans, est entrée à la maison de santé de Suresnes, le 17 avril 1890, pour un accès de délire mélancolique à forme hypocondriaque.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont morts tous deux, à soixante-douze ans, d'un cancer de l'estomac. Cérébralement, le père aurait été rangé par Morel dans la catégorie de ses

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome I, 3e édition, 1887 ; première partie : *Des troubles trophiques consécutifs aux lésions du cerveau, de la moelle ou des nerfs.* — En ce qui regarde les *névroses*, consulter la thèse récente (1890) de M. Athanassio : *Des troubles trophiques dans l'hystérie*, avec préface de M. le professeur Charcot.

délirants émotifs : irrésolu, méticuleux et tellement impressionnable que la vue d'une araignée le faisait tomber en faiblesse. La mère non plus n'était pas exempte d'originalités, si l'on en juge, du moins, par la manière inégale dont elle traitait ses deux filles, sacrifiant les intérêts de l'une au profit de l'autre et les poussant à la désunion. La sœur de la malade, célibataire comme elle et son aînée de dix ans, atteinte de surdité depuis l'enfance, présente entre autres manies bizarres, celle de se livrer à des dépenses inconsidérées, bouleversant sa maison sans nécessité aucune, achetant pour le plaisir d'acheter : elle n'a pas moins de treize armoires où elle entasse du linge et des objets pour la plupart inutiles. En outre, constamment préoccupée de sa santé, elle exprime des craintes imaginaires au sujet d'une prétendue tumeur qu'elle aurait dans le ventre.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à complications délirantes, contractée dès le jeune âge. Plus tard, symptômes d'anémie. Menstruation normale de quatorze à vingt-sept ans, mais, à partir de cette dernière époque, irrégularités fréquentes. De très bonne heure on a pu constater chez Mlle Henriette de nombreux stigmates psychiques de la dégénérescence héréditaire. Non moins émotive que son père, éprouvant les mêmes terreurs à la vue des araignées, elle est en proie, depuis son enfance, à toutes sortes de superstitions et d'inquiétudes. Le contact d'un chien ou d'un chat lui est désagréable; l'aspect d'une croix ou même d'un simulacre de croix l'impressionne péniblement. A l'idée seule d'un voyage en chemin de fer, elle est saisie d'angoisse. On n'a jamais pu qu'une fois lui faire prendre le tramway, et encore en est-elle descendue avant d'avoir terminé sa course : « On y était trop secoué, dit-elle, et l'on m'offrirait cent francs pour recommencer que je n'accepterais pas. »

Le syndrome *topophobie* se montre chez elle particulièrement développé. Jamais elle n'a pu s'approcher d'une fenêtre ouverte, au-dessus du rez-de-chaussée, sans ressentir aussitôt la peur du vide. Elle tomberait en défaillance si elle devait traverser une place ou une rue un peu large sans être accompagnée et soutenue. La vue d'un monument élevé ou bien d'une cave lui donne des sueurs froides, du frisson et du vertige. Etant jeune, une simple depression du sol, la pente d'un sentier arrêtaient sa promenade et l'obligeaient à s'écarter de son chemin. La descente d'un escalier lui faisait tourner la tête : lui proposait-on de visiter un

magasin, un musée, un édifice quelconque, elle n'acceptait qu'après s'être informée et convaincue qu'il n'y aurait aucun étage à monter. Toutes ces craintes instinctives lui ont imposé, depuis longtemps, des habitudes sédentaires.

Domiciliée, en 1870-71, dans un département de l'Est, Mlle Henriette avait eu à subir les misères de l'invasion, avec une impression d'autant plus vive que son état mental l'exposait à s'émouvoir plus fortement. Au dire de son entourage, le contre-coup de ces événements ne fut pas sans influence sur le développement des nouvelles manifestations nerveuses qui la frappèrent en 1872. Elle avait alors vingt-sept ans. De cette époque date l'apparition de crises hystériformes, revenant chaque jour ou seulement plusieurs fois par semaine, et caractérisées par des palpitations, du tremblement généralisé, des sensations d'étouffement et de corps étranger à la gorge. « Je vais mourir! je vais mourir! » répétait la malade pendant l'accès, qui se prolongeait un quart d'heure environ.

Puis, au bout de six mois, ces accidents disparaissaient, pour faire place à des phénomènes d'un autre ordre. Un jour, à la suite d'un léger effort, Mlle Henriette prétendit « avoir senti quelque chose se casser dans son cœur ». C'était le début des troubles hypocondriaques. Leur évolution progressive, rebelle à toute médication, devait nécessiter, huit années durant, le séjour de la malade dans un asile. De 1885 à 1890, une longue période de rémission lui permit, il est vrai, de rejoindre sa famille; mais, déjà, de profondes modifications pathologiques s'étaient opérées, qui rendaient cette amélioration insuffisante.

« On ne saurait croire, raconte à ce sujet la sœur de Mlle Henriette combien son caractère était devenu difficile et son esprit singulier. Elle se montrait volontaire, égoïste, indifférente aux affections les plus chères. La mort de notre mère la trouva insensible à ce point que, pour tout regret, elle s'exprima en ces termes : « Ma foi! elle avait soixante-douze ans, tout le monde ne va pas jusque-là! » Ce fut ainsi qu'elle se consola de la perte d'une femme qui l'adorait et qui lui avait tout sacrifié. Ma sœur ne vivait plus que pour soi et ne s'occupait que de soi. Pour éviter de recevoir, même nos parents les plus proches, elle s'était débarrassée de ses meubles et n'avait gardé qu'un lit, le sien, dans sa maison. Sa conduite à mon égard n'était pas moins extraordinaire. J'ai dû souvent la presser, d'ailleurs sans résultat, de régler entre nous certaines questions d'intérêt : « A quoi bon me tourmenter de ces

affaires, répondait-elle, pourvu que j'aie assez d'argent pour moi, le reste m'est bien égal! » Je la savais tellement irritable, que j'avais pris le parti de tout supporter sans me plaindre. La plus légère contradiction l'aurait mise hors de soi-même; à propos de rien, elle se fâchait jusqu'à se trouver mal : on voyait son teint pâlir, ses traits se contracter comme en des attaques nerveuses, et vraiment cela me touchait de compassion. Depuis le mois de janvier, ma sœur est encore plus bizarre et plus méchante. Une fois, dans un accès de colère, elle a si cruellement mordu le pouce de la bonne qui la soignait, que l'ongle en est tombé. Elle ne veut plus s'habiller, ni prendre de nourriture, sous prétexte qu'elle a perdu la moitié de son corps. Elle nous renvoie de sa chambre, pour pouvoir s'absorber dans ce qu'elle nomme ses réflexions. Insiste-t-on pour les connaître, on apprend qu'elle songe à ses *cassures* ou à *son ventre qui va crever...* »

Période actuelle, (avril 1890). — *Etat physique* : taille moyenne, corps amaigri, physionomie souffrante, apparences de sénilité. Le visage est pâle et creusé de rides, la tête grisonnante. Asymétrie faciale, exophtalmie, adhérence des lobules auriculaires, carie dentaire, microcéphalie. Suppression des règles depuis cinq mois. Pas d'anesthésie, pas d'hypéresthésie, pas de modification des sens spéciaux. Motilité normale. Aucune trace de lésion organique. — *Etat mental* : niveau intellectuel suffisant; en dehors d'un cercle limité d'interprétations délirantes, conscience parfaite; dépression mélancolique avec obsessions hypocondriaques et illusions de la sensibilité interne; phases de préoccupation anxieuse. La malade prétend qu'elle est cassée, retournée à l'envers; ses membres ne tiennent plus au corps; parfois, elle éprouve la sensation de quelque chose qui se décroche dans ses organes; d'habitude, on la trouve à l'écart, n'osant pas bouger, des deux mains comprimant sa poitrine et retenant le poids de sa robe, de peur que le moindre tiraillement n'augmente la déchirure qu'elle a au cœur.

Mai, juin. — Mêmes préoccupations hypocondriaques. Fréquemment, la malade exprime sa pensée sous forme de courts monologues : « Pauvre Henriette! quel dommage d'avoir le cœur abimé! » — « Je ne voudrais pas, pour un million, avoir un trou au cœur! » etc.

10 juillet. — Troubles trophiques cutanés, intéressant plusieurs

branches du *plexus brachial gauche* : large bande érythémateuse plaquée de vésicules confluentes, le long de la face interne du bras et du bord cubital de l'avant-bras, depuis l'aisselle jusqu'au poignet. A la main, l'éruption très discrète comprend : deux vésicules, dont une séro-sanguine, sur la face palmaire; une vésicule sur la pulpe du médius; deux vésicules sur la pulpe de l'annulaire; deux vésicules sur la pulpe du petit doigt. Au niveau de la région moyenne du grand pectoral gauche, deux phlyctènes hémorragiques. — On voit en outre, dans le dos, quelques groupes vésiculeux circinés, sur le bord spinal de l'omoplate *droite*.

A part de simples démangeaisons, cette éruption d'herpès zoster n'a été précédée ni accompagnée d'aucun malaise fébrile appréciable, ni, chose plus rare, d'aucune douleur névralgique, spontanée ou provoquée (1).

25 juillet. — Le zona est en voie de disparition; à la place des deux phlyctènes pectorales, fusionnées, on remarque une cicatrice d'un rouge ardent. Contrairement à ce que l'on observe, souvent chez l'adulte (anesthésie locale consécutive), la sensibilité de la peau est restée intacte.

21 août. — Depuis une semaine, alimentation difficile, amaigrissement, suractivité délirante. Mlle Henriette se lamente sans interruption : sa chair s'arrache et tombe en lambeaux, elle sent le moisi, nous l'avons empoisonnée, etc. Ce matin, pour me prouver que son sang se décompose, « elle veut me montrer les taches qui lui viennent sur le corps ». Je la trouvai couverte d'ecchymoses. « Qui vous a mise dans cet état? » lui demandai-je après l'avoir examinée. Avez-vous reçu des coups ou fait une chute grave ? » car, de prime abord, je ne pouvais attribuer à d'autres causes les ruptures vasculaires dont elle portait les marques. En présence d'une inconsciente, je n'aurais pas hésité à conclure à un traumatisme.

Mais, je l'ai déjà indiqué, Mlle Henriette était lucide et ne manquait pas de se plaindre, à l'occasion. J'ajoute qu'elle n'éprouvait ni accidents convulsifs ni pertes de connaissance. J'avais donc à tenir compte de ses renseignements. Or, elle me déclara qu'elle n'avait été victime d'aucune violence, que les « taches étaient

(1) D'après M. Comby (*Société méd, des hôpitaux* 28 nov. 1891), l'indolence du zona serait de règle, chez les enfants. Il est certain que, malgré son âge. notre malade présente de nombreuses traces d'infantilisme.

venues toutes seules », et ses affirmations réitérées m'aidèrent à me convaincre de l'origine *spontanée*, névropathique, de l'extravasation sanguine. Au surplus, toute la surface cutanée était le siège de troubles vaso-moteurs : une pointe mousse, conduite sur la peau du tronc ou des membres, y traçait des rayures rouges (lignes, caractères ou mots) qui ne s'effaçaient qu'au bout de plusieurs minutes.

Enfin, le cas n'était pas unique. L'hystérie, pour sa part, revendique un grand nombre d'exemples de même nature (1). On a vu également des ecchymoses se produire chez des tabétiques, à la suite de fortes crises de douleurs fulgurantes (2).

Une particularité à relever, chez notre malade, c'est que la poussée hémorrhagique ne provoque aucun désordre sensitif. Elle fut pourtant d'une intensité remarquable. De nombreuses taches bleuâtres, plus ou moins larges et plus ou moins foncées, se distribuaient sur le tégument externe, de la manière suivante :

Membres inférieurs : Genou gauche, partie antérieure, une ecchymose ovalaire à grand diamètre vertical, mesurant 0,09 centimètres de longueur sur 0,06 de largeur. Genou droit, partie interne, une ecchymose plus petite. Cuisse droite, région antéro-interne, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, une ecchymose arrondie de la dimension d'une pièce de 5 fr.

Tronc : Région sous-ombilicale, à droite de la ligne médiane, une ecchymose ayant 0,03 centimètres de diamètre horizontal sur 0,02 de diamètre vertical. Paroi thoracique gauche antérieure, digitations ecchymotiques au niveau des deuxième, troisième et quatrième côtes.

Membres supérieurs : Région scapulaire droite, une ecchymose oblongue de 0,04 centimètres en ligne verticale sur 0,02 en ligne horizontale. Deux petites taches sur la face externe du bras droit.

(1) Froidefond, *Contribution à l'étude de quelques hémorrhagies névropathiques* ; thèse de Paris, 1879. — Keller, *Des Ecchymoses cutanées dans les maladies nerveuses* ; in *Revue de médecine*, 1884. — Gilles de la Tourette, *Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques* ; in *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1890.

(2) Strauss, *Des Ecchymoses tabétiques à la suite des crises douloureuses* ; in *Archives de neurologie*, 1881. Faisans, *Du Purpura myélopathique* ; thèse de Paris, 1882.

L'avant-bras du même côté offre trois petites ecchymoses à la partie moyenne de la face postérieure. Bras gauche, face antéro-externe, de l'épaule au coude, deux larges ecchymoses séparées par un centimètre de peau saine : la supérieure, deltoïdienne, mesure 0,05 de hauteur sur 0,12 de largeur ; l'inférieur, même largeur sur 0,10 de hauteur.

26 août. — Eruption de taches pourprées sur la pommette gauche et la racine du nez. Plaque de muguet sur la lèvre inférieure.

3 septembre. — Nutrition défectueuse ; délire hypocondriaque : la malade croit avoir une dose de poison qui la fera mourir : une partie de son corps a été changée en bête, etc. En même temps, infiltration sanguine de la paupière inférieure droite, ayant débuté par un point rouge au niveau de l'angle externe de l'œil.

12 septembre. — Les ecchymoses sont en pleine résolution : quelques-unes ont disparu, les autres ont pris une teinte brun-pâle ou jaune-verdâtre.

Octobre. — Amélioration progressive de l'état physique et mental. Quoique toujours impressionnable au même degré, Mlle Henriette a l'inquiétude moins vive. L'obsession hypocondriaque, devenue instable, lui laisse plus de repos. Parfois ses craintes la font sourire : «Le cœur c'est la vie ! » dit-elle, en manière de sentence consolatrice, « Et je serais déjà morte, n'est-ce pas, si j'avais un trou au cœur ! » Ce qui la gêne surtout, maintenant, c'est une transpiration tellement exagérée, que la peau baigne constamment dans une atmosphère humide (anomalie de la sudation).

M. H. Coutagne. – La communication de M. Saury me fournit une occasion toute naturelle pour soumettre au Congrès quelques notes et une photographie relatives à une femme, détenue préventivement à la prison Saint-Joseph, et que je viens d'examiner en vue de déterminer son état mental.

Il s'agit d'une nommée Marie C..., née à l'hospice de Mâcon en 1849 de parents inconnus. Son casier judiciaire s'est chargé, en quatre ans (de 1886 à 1890), de quinze condamnations pour menus délits (vagabondage, mendicité, infractions aux lois d'interdiction de séjour) ; sa situation actuelle est motivée par la même cause.

Son état mental est caractérisé par une débilité intellectuelle confinant à l'imbécilité. Elle vit de mendicité, se nourrit très frugalement et ne peut comprendre pourquoi on l'arrête si fréquemment, car elle n'a jamais fait de mal à personne et n'a rien volé. Son instruction est nulle, son caractère assez souple. Pas de signe d'affection délirante, ni d'épilepsie ou d'hystérie.

Son examen physique révèle, avant tout, des troubles de pigmentation cutanée très prononcés. Elle porte un masque et des gants érythémateux, qui donnent à sa face et à ses mains un aspect cuivré, rendu encore plus sensible à la figure par des dépigmentations partielles : la peau est absolument décolorée en deux plaques symétriquement situées à la racine des cheveux sur les côtés de la ligne médiane du front et aussi en quelques points des paupières.

Si l'éruption des parties découvertes peut être mis, au moins en partie, sur le compte de l'exposition prolongée au soleil, il ne peut en être de même des pigmentations partielles qui tiennent à des troubles trophiques d'une cause plus intime. Si l'on rapproche ces altérations cutanées, d'une part, de l'état mental du sujet; de l'autre, de certains autres stigmates physiques, assavoir : une assymétrie de la face assez marquée pour rabaisser tout le côté gauche, des oreilles mal ourlées et un palais ogival, on pourra au moins présumer, en l'absence d'autres données, que la dégénérescence est en cause pour l'étiologie de ce syndrome psycho-physique.

Notre observation nous suggère encore une remarque. Dans la génération médicale qui nous a précédés, on a beaucoup parlé de folie pellagreuse, affection qui depuis paraît être tombée dans un oubli profond sans que son histoire clinique ait été bien élucidée. Ne peut-on pas supposer que certains sujets diagnostiqués à cette époque comme pellagreux, surtout par la coïncidence de lésions cutanées érypthémateuses et de troubles mentaux étaient, comme notre femme, des aliénés atteints de troubles trophiques liés à la dégénérescence ?

M. Weill fait des réserves sur le qualificatif d'héréditaire ou dégénéré qu'on donne invariablement et sans renseignements à tous les sujets, bien qu'on ne connaisse pas leurs antécédents, présentant des stigmates physiques ou psychiques, et qui rentrent dans la catégorie des vésaniques et des héréditaires. Ce sont souvent des accidentels, ayant souffert, au moment du développement, d'une affection infectieuse qui a frappé leur système nerveux.

D'UN EFFET PARADOXAL OBTENU PAR LA SUPPRESSION DE LA MORPHINE CHEZ CERTAINS MÉLANCOLIQUES SOUMIS A CE MÉDICAMENT

M. Cullerre. — Messieurs, depuis de nombreuses années j'emploie l'opium et ses dérivés dans le traitement de certaines formes de la folie simple et je n'ai jamais eu qu'à me louer de cet agent thérapeutique. Après l'essai décourageant de ces nombreux produits chimiques dont il faut se hâter d'user le jour même de leur naissance, tant leurs vertus sont éphémères, on est heureux de retrouver sous sa main ce vénérable médicament qui, lui du moins, n'a, depuis Hippocrate, rien perdu de ses mérites.

Judicieusement maniées, les préparations opiacées guérissent souvent et soulagent presque toujours, dans les formes purement fonctionnelles de la folie, grâce à leurs propriétés à la fois sédatives et stimulantes.

A faibles doses, elles exercent une action tonique sur le système nerveux, en modèrent l'excitation, combattent l'insomnie et calment les troubles névropathiques si communs dans les aliénations dépressives. A hautes doses, elles exercent une action réellement curative sur la manie et la mélancolie à la condition de tenir compte des véritables indications de leur emploi, conditions principalement tirées de l'âge du malade, de l'état de ses vaisseaux, des conditions pathogéniques du délire, de sa forme et du temps qui s'est écoulé depuis son explosion.

Administrées sans discernement, ces mêmes préparations loin de soulager ou de guérir, peuvent, j'en conviens, amener des résultats fâcheux ; à la vérité on en peut dire autant de toutes les médications, ce qui enlève toute valeur aux objections tirées du danger que présentent les substances extraites de l'opium. Mais cette courte communication ne comportant pas sur la médication opiacée de longues considérations qu'on peut trouver d'ailleurs dans les travaux de plusieurs de nos confrères (1), je passe à

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1883

Belle et Lemoine. *Traitement de la mélancolie anxieuse* (*Ann. med. psych.* 1888).

Brun. Thèse de Lyon, 1881.

Ollivier, id. id.

Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.

l'exposé du fait très particulier sur lequel je désire aujourd'hui appeler l'attention.

Lorsque pour une cause quelconque, dans le cours d'un traitement par les injections de morphine chez un mélancolique, on est obligé de suspendre le médicament, que cette suppression soit brusque, ou graduée, il peut se produire, en même temps que les divers symptômes d'abstinence, un phénomène absolument inattendu, paradoxal : c'est une amélioration tellement rapide de l'état mental qu'elle semble tenir du miracle. Et cette amélioration n'est pas seulement partielle et passagère ; elle peut être complète, définitive et constituer une guérison durable.

Parmi les faits de ce genre que j'ai observés, il en est deux particulièrement remarquables que je demande à présenter à titre d'exemples.

M[lle] C..., 23 ans, grande, osseuse et maigre, a eu les fièvres intermittentes à diverses reprises. La menstruation est pénible, retarde souvent et s'accompagne de névralgies et de grands maux de tête. On ne signale dans la famille aucun antécédent héréditaire : le père est mort d'une fluxion de poitrine, la mère, vivante, est sourde ; de leurs cinq filles, l'une est morte phtisique, les autres, sauf M[lle] C... dont nous allons parler, sont bien portantes.

Elle a eu récemment un rhume qui l'a beaucoup fatiguée et a exigé une médication très active et l'application de vésicatoires. La nuit, sous l'influence de la fièvre, elle a commencé à délirer, à manifester des idées religieuses exagérées et une ferveur insolite ; elle chantait des cantiques, appelait un confesseur, récitait des prières. Bientôt le délire devint continu, malgré la disparition du catarrhe bronchique. Au bout de deux mois, une stupeur profonde remplaçait l'agitation délirante, et on se décidait à nous conduire la malade le 14 juin 188..

A son entrée, elle est dans un état de stupeur anxieuse, l'œil hagard, les muscles raides, les traits douloureusement contractés ; elle s'oppose désespérément à tout ce qu'on veut lui faire faire et, dans un grattage automatique, se déchire le visage avec ses ongles. Le 1[er] juillet on commence le traitement par les injections sous-cutanées de morphine. Le 17, on constate une légère amélioration ; la figure se détend un peu, quoiqu'il y ait toujours de la stupeur et une grande lenteur dans les idées.

Le traitement se poursuit en août et septembre sans que l'amélioration fasse de rapides progrès. Au retour d'une absence

d'un mois, je trouve, en octobre, la malade, qui reçoit à ce moment 25 centigrammes de morphine, un peu plus éveillée, réclamant sa famille, mais encore triste, peu active, avec quelque chose de roidi, de figé dans la physionomie. J'apprends en même temps que ses parents doivent venir la chercher dans quelques jours, ce qui m'oblige à supprimer brusquement le traitement morphiné.

Aussitôt (2 novembre) la malade est prise de fièvre, de frissons, de sueurs, d'une céphalalgie gravative avec tendance à la somnolence; la face est empourprée, les sécrétions excitées; une diarrhée profuse, bilieuse se déclare. Les règles supprimées depuis plusieurs mois font une apparition éphémère. Au bout de trois jours, ce cortège de bruyants symptômes disparait, et je suis tout étonné de trouver la malade éveillée, l'œil vif, les traits assouplis et intelligents, et de constater chez elle une guérison parfaite de l'état mélancolique, guérison qui s'est si bien maintenue que dans la suite la malade s'est mariée et a eu plusieurs enfants.

Un pareil résultat ne peut être attribué qu'à l'ébranlement physiologique qui accompagne l'abstinence, et dont les effets bien connus consistent surtout en une violente excitation accompagnée de congestions multiples. Sous l'influence de cette excitation excessive et d'un afflux exagéré de sang dans la masse cérébrale, le spasme des éléments nerveux est brusquement rompu et le dynanisme fonctionnel est amené à un niveau très supérieur à ce qu'il était précédemment, pendant l'état mélancolique.

On s'explique moins pourquoi ce niveau se maintient après la disparition des symptômes d'abstinence. La suppression du médicament produit dans tout le système nerveux une espèce de choc comparable en quelque sorte, à un choc traumatique. Ce choc est sans doute assez intense pour imprimer à l'élément nerveux une modification durable qui coïncide précisément avec l'état physiologique.

Cette disparition brusque des symptômes vésaniques, est d'autant plus remarquable que l'abstinence, chez certains morphinomanes, a au contraire pour effet de développer un véritable délire accompagné d'hallucinations et parfois d'idées fixes, d'obsessions et d'impulsions au suicide; c'est-à-dire de créer un *véritable état mélancolique.*

Chez la malade précédente, le traitement morphiné n'avait pas

été sans donner quelques résultats et on peut supposer que la guérison était imminente quand la suppression du traitement a eu lieu, et que par conséquent l'abstinence n'y a pas autant contribué que je me plais à le penser. On ne pourra faire, dans l'observation qui va suivre, aucune supposition de ce genre.

Mme M..., 40 ans, n'a jamais fait de graves maladies, elle est sujette aux névralgies et a un caractère vif et emporté. Sa grand' mère maternelle a été aliénée et une de ses sœurs a déliré pendant huit jours à la suite de couches. En dehors de ces antécédents vésaniques, on ne découvre dans la famille aucun signe marqué de dégénérescence.

En septembre 189... Mme M... éprouve de très vifs chagrins de famille et peu à peu tombe dans un état mélancolique très caractérisé. Elle a des hallucinations de l'ouïe, croit qu'on vient l'arrêter, qu'on en veut à sa vie, et cherche à se donner la mort en se frappant la tête contre les murs. Parfois elle tombe dans un anéantissement profond, semble étrangère à ce qui l'entoure, garde un mutisme obstiné et refuse les aliments.

En février suivant on se décide enfin à me l'amener. Pâle, amaigrie, la face terreuse et crispée, elle offre tous les signes de la stupeur délirante; elle n'a rien pris depuis trois jours. J'institue immédiatement le traitement par les injections de morphine à doses croissantes : au bout de trois semaines une légère amélioration se produit; la malade sort de sa stupeur, accuse des hallucinations, manifeste de nouveau ses craintes et se plaint d'être tourmentée d'idées absurdes, d'ordre impulsif : une voix lui défend de manger. Insensiblement le délire s'apaise, la nutrition s'améliore, la lucidité reparait, d'abord à intervalles puis s'installe à demeure. Le 16 mai, la guérison est complète et le traitement est supprimé, la dose maxima employée n'a pas dépassé 27 centigrammes.

Dix mois après, de nouveaux chagrins domestiques provoquent une rechute. Au bout de quelques jours la stupeur est complète et la malade m'est ramenée le 11 mars 189... Le traitement morphiné est institué comme la première fois, mais six semaines se passent et la dose de 32 centigrammes est atteinte sans qu'on voie se produire le moindre signe d'amélioration. Craignant pour la santé de la malade qui est pâle, amaigrie, et se nourrit à peine, je décide la suppression de la morphine, ce qui a lieu en dix jours. Le lendemain de la dernière dose qui a été de 5 centigrammes, Mme M... éprouve des phénomènes marqués d'abstinence,

sueurs profuses, face empourprée, yeux noyés et rouges, sécrétions pituitaires abondantes, céphalalgie, fièvre... en même temps la stupeur disparaît, la malade revient à elle; tout en accusant nettement ses divers malaises, elle témoigne sa joie de se sentir lucide : « Je souffre beaucoup, surtout dans les tempes, dit-elle, mais ça m'est bien égal car je suis guérie! » Au bout de trois jours tous les signes d'abstinence avaient disparus. La guérison ne s'en est pas moins maintenue et la malade au bout de quelques jours pouvait rentrer dans sa famille.

Cet heureux résultat thérapeutique, obtenu accidentellement dans les observations précédentes, pourrait peut-être être recherché d'une façon méthodique chez les malades peu sensibles à l'action graduée de la morphine et chez lesquels la médication, selon M. A. Voisin, doit être poursuivie pendant des années et atteindre à des doses qui peuvent s'élever à deux grammes de médicament. Personnellement, je n'ai jamais accepté ces conséquences extrêmes de la méthode, et si au bout de quelques semaines, l'effet thérapeutique, sous l'influence de doses beaucoup moindres que celles dont je viens de parler, ne s'est pas manifesté, j'arrête la médication, quitte à la reprendre à un moment plus favorable. C'est précisément dans ces conditions que j'ai constaté l'amélioration inattendue survenue chez les malades dont j'ai précédemment cité l'observation.

Pour rechercher expérimentalement le même résultat, les mélancoliques en état de stupeur délirante me semblent devoir être les sujets de choix.

Tous les morphinés en état d'abstinence ne présentent pas, il est vrai, cet état d'excitation et de congestion qui semble nécessaire au retour de la lucidité. Il en est qui réagissent différemment et chez qui les phénomènes d'affaiblissement et de dépression dominent. Cependant, même chez ceux-là, il ne serait pas interdit d'espérer un heureux effet de l'abstinence provoquée thérapeutiquement. Je traitais tout récemment par le laudanum un mélancolique suicide héréditaire qui, arrivé à la dose quotidienne de 180 gouttes, fut pris d'une légère bronchite accompagnée d'intolérance gastrique ce qui nécessita la suppression du médicament dans l'espace de quelques jours. Il en résulta une profonde dépression physique et intellectuelle sans autre réaction qu'un léger mouvement fébrile. Cependant au bout de quelques jours le malade revenait à la santé complètement lucide, débarrassé de ses craintes chimériques et de ses impulsions suicides. Je le renvoyai guéri quelques semaines après.

M. Boubila. — Messieurs, le mémoire que je vais avoir l'honneur de soumettre à votre bienveillante attention, a pour titre, du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive et a été fait en collaboration avec MM. Hadjès et Cossa, internes de service. Pour ne pas abuser de votre patience, j'omettrai à dessein le chapitre le plus détaillé mais le plus aride, les observations, à cause de la multiplicité des chiffres, me bornant à vous donner lecture des conclusions. Si je suis parvenu à vous intéresser, je vous renverrai aux *Annales médico-psychologiques* qui, ont bien voulu accepter l'impression prochaine *in extenso* de notre travail.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Vivement impressionné, au cours d'un voyage, par l'affirmation catégorique de plusieurs éminents aliénistes du Nord de l'Enrope que la paralysie générale progressive est de nature syphilitique, nous avons, à notre retour, méthodiquement soumis nos paralytiques au traitement classique de la vérole. Le résultat n'a pas répondu à nos espérances. Cet insuccès nous a incité à expérimenter un médicament, l'or, dont les vertus anti-syphilitiques aujourd'hui oubliées, ont joui autrefois d'une certaine vogue. Au début de nos expériences, nous aurions vivement souhaité d'avoir à notre disposition un laboratoire avec ses annexes et animaux vivants, malheureusement, nos désirs sont restés jusqu'à ce jour à l'état de souhaits, avec l'espoir pourtant qu'un avenir prochain en verra la réalisation. Privés de ce point de départ, pourtant si important de toute expérience thérapeutique, nous avons dû nous contenter de ressources bibliographiques que les bibliothèques de l'Ecole de Médecine ou de la Ville pouvaient nous donner. Elles ont été malheureusement maigres et nous n'avons pu consulter que les dictionnaires de Dechambre et Jaccoud, Dorvault, les dictionnaires postérieurs aux recherches de Chrestien et tous les formulaires qui traitent la question.

Nous ne parlons que pour mémoire des questions de priorité relatives aux préparations auriques que Chrestien appelle : mon remède, renvoyant au dictionnaire Dechambre qui en parle avec détails. Grand fut notre embarras dans la question de posologie, entre Chrestien qui employait l'or en frictions sur la langue et les gencives, mode de traitement sans application dans l'espèce, et les divers formulaires que nous avons consultés. Doses en général

trop élevées, surtout au début, pensons-nous; et pas un mot sur la durée de l'administration des préparations d'or. Cette absence de netteté dans les doses et la durée du traitement, en nous faisant plus vivement regretter une expérimentation *in animâ vili*, a eu pour corollaire nécessaire de nous imposer une vigilance plus étroite et une plus grande timidité dans nos premiers essais. D'où les tâtonnements dont nos premières observations présentent des traces trop évidentes.

Toute contre-indication, tirée des auteurs précités, amenait nécessairement la suspension de traitement. Nous avions pris de minutieuses précautions pour répondre à toutes les nécessités. Au nom de chaque malade correspondaient, dans notre cahier d'observations, des colonnes mentionnant le pouls, la respiration, l'appétit, le sommeil, l'agitation, les urines, les sueurs, la salivation et les selles. En outre, chaque malade était soumise à une observation de nuit et de jour par des surveillantes qui nous rendaient compte à la visite du moindre incident survenu. De notre côté, surtout, dans les périodes d'augmentation des doses du médicament, nous relevions avec soin les fonctions qui relevaient directement de notre observaiion médicale et toute perturbation de l'état normal entraînait nécessairement avec elle la suspension de l'or. Nous devons dire ici un mot de la fièvre aurique signalée par les auteurs, avec son terme constant d'excitation cérébrale. Modérée au début de nos expériences, elle disparaît complètement avec nos dernières observations. Quant à l'action hilariante de l'or, nous pensons que le genre de malades, soumises à notre observation, nous interdit toute apprécation sérieuse.

Du reste, toutes les perturbations ont cessé du jour où la dose minimum a été de 2 milligrammes, et que la dose maximum de 1 centigramme n'a pas été dépassée. C'est le traitement normal institué actuellement dans notre service. Au début, 2 milligr., augmentés d'une dose égale tous les quinze jours, jusqu'à la dose maximum de 1 centigramme pendant la dernière quinzaine. La malade se repose pendant un mois et reprend ensuite le traitement dans des conditions identiques. Le chlorure d'or et de sodium dissous dans une potion de 120 grammes, et contenu dans un flacon de verre bleu, est administré en deux doses, le matin et l'après-midi. Les malades l'absorbent sans répugnance.

Une explication nous paraît nécessaire. Elle concerne le dynamomètre dont les données peuvent paraître excessives. L'instrument qui a servi à toutes les expériences a de longs états de

service et ne peut par suite être comparé à n'importe quel dynamomètre à l'état neuf. Du reste, les résultats ne peuvent être acceptés sous bénéfice d'inventaire, car nul aliéniste n'ignore les difficultés que rencontre son usage dans les asiles.

CONCLUSIONS

Les résultats du traitement par le chlorure d'or et de sodium, traitement institué dans les conditions de dose et de surveillance indiquées plus haut, présentent des avantages. Quant à ses inconvénients, ils sont nuls. L'augmentation des globules marche parallèlement à l'augmentation de poids. La pression dynamométrique peut être considérée comme une quantité négligeable; vu les difficultés de l'opération, malgré sa simplicité. Le chlorure d'or et de sodium paraît agir avec plus d'efficacité dans les premières périodes du mal, en permettant des rémissions ; dans les dernières, en retardant la fin nécessaire. Il est inutile quand même dans la deuxième, en augmentant les chances de résistance.

Que l'on ne s'étonne pas, disons-nous, en terminant, que ces observations closes en 1890, ne soient pas complétées par de nouvelles observations, alors que nous avons dit que le traitement au chlorure d'or avait pris doit de cité dans notre service. L'épidémie d'influenza a fait des vides parmi nos paralytiques générales et le nombre des entrées est tellement limité, 3 0/0 en moyenne. que nous avons pensé que leurs observations ne pouvaient pour le moment infirmer ni confirmer nos conclusions. Du reste, nous ne pensons pas avoir trouvé un agent curatif de la paralysie générale progressive, nous avons plutôt visé l'étiologie syphilitique de cette maladie en nous servant d'un médicament qui a joui d'une vogue sérieuse contre la vérole. *Naturam morborum ostendunt curationes.* Contre l'origine syphilitique nous avons déjà nos insuccès par l'iodure et le mercure. Faudra-t-il y ajouter le chlorure d'or et de sodium ? L'avenir seul répondra à cette question. S'il répond négativement, nous pensons que nous n'aurons pas fait œuvre inutile, parce que la numération des globules nous aura au moins démontré que les préparations auriques peuvent avoir des avantages dans la paralysie générale progressive.

TROUBLES CÉRÉBRAUX ET CANCER DE L'ESTOMAC

M. Charpentier. — L'autopsie des individus, succombant à une ancienne hémiplégie fait parfois découvrir en outre des foyers de ramollissement cérébral, une lésion cancéreuse de l'estomac; le fait n'est pas banal, mais se rencontre de temps à autre; la lésion plus souvent pylorique était ulcéreuse, vaste, et avait passé inaperçue soit que les plaintes du malade aient été peu accentuées ou non comprises en raison de l'embarras de la parole, soit que les vomissements eussent été rares et attribués à quelque cause accidentelle; le dépérissement s'expliquait par la perte d'appétit, le refus d'aliments, le découragement graduel, et le séjour prolongé au lit.

Depuis, nous avons vu plusieurs fois de pareils malades, mais chez lesquels la constance des douleurs, la nature caractéristique des vomissements, la teinte du visage et parfois la présence d'une tumeur, ne permettaient pas le moindre doute sur cette coïncidence; déjà, lorsque nous étions interne à l'infirmerie de Bicêtre, nous avions été frappé de cette coïncidence; nous avons même été consulté dans plusieurs circonstances identiques; il s'agissait de sujets de soixante ans, chez lesquels les accidents hémiplégiques avaient débuté subitement au commencement sans troubles digestifs antérieurs notables, autres que quelques hémorroïdes, les malades n'avaient pu parvenir à quitter le lit, quoique pouvant remuer les jambes; les douleurs stomacales apparues un an après avaient été attribuées à l'iodure de potassium, ou a une autre médication; les vomissements à la difficulté de la déglutition et c'est leur fréquence qui avait inspiré au médecin l'idée d'une consultation, en pensant à la possibilité d'une inflammation méningitique de voisinage dont ces vomissements étaient considérés comme symptomatiques; mais la persistance des douleurs, malgré la cessation des médicaments, la présence des vomissements alors même que la diète était observée, l'amaigrissement hors de proportion avec les défauts de mouvement et d'ailleurs général la teinte jaune paille du visage nous faisait rechercher une tumeur stomacale que ne tardaient pas à confirmer, au point de vue de la nature, les matières sanguinolentes ou noirâtres des vomissements et l'intensité des douleurs épigastriques.

En présence de ces cas, notre souvenir s'est reporté sur

ces sujets atteints de cancer de l'estomac, au cours duquel une hémiplégie s'était déclarée, et à propos desquels nous n'avions vu qu'une coïncidence, ou tout au plus une explication, par un caillot cérébral résultant de l'état inopexique en raison de la diathèse.

Cependant notre attention était depuis longtemps, attirée sur les troubles du caractère des malades atteints de cancer de l'estomac, troubles du caractère d'ailleurs tellement bien connus qu'on peut les considérer comme classiques.

Il est certain que la tristesse, la mélancolie, le désespoir, sont l'apanage des maladies, surtout des maladies de longue durée, incurables et encore plus des maladies incurables et mortelles; le cancéreux porte donc cette empreinte du caractère et cependant quelle différence entre un cancer de l'utérus et celui de l'estomac! quelle différence entre un cancer de l'estomac ou celui des testicules! Dans le cancer de l'estomac prédomine une désespérance absolue, une aigreur contenue plus ou moins contre les tentatives thérapeutiques, une humeur chagrine constante, les chagrins ont été signalés, et nous ajouterons plus spécialement que, les chagrins inhérents à la vie de famille, ont été en effet signalés à juste titre comme une des causes intervenant dans la production du cancer stomacal. Mais une objection se dressait toujours contre nous quand nous tentions une hypothèse entre ce caractère chagrin et le cancer de l'estomac; c'est que ces troubles du caractère n'étaient pas dus à la nature de la maladie, mais bien à la nature de l'organe malade et des fonctions troublées, nous ne répèterons pas ici ni les adages ni les faits bien connus touchant les rapports du cerveau et l'estomac, soit physiologiques soit pathologiques, l'hypocondrie de dyspeptiques, la neurasthénie des dyspeptiques ou la dyspepsie des neurasthéniques, selon le point de vue d'appréciation, ne ressemblent que de loin à ce caractère sombre, morose, du malade atteint de cancer de l'estomac, réservé dans ses plaintes, mais exprimant silencieusement le découragement le plus profond, à cette amertume de la pensée refusant de s'arrêter à toute conception souriante de l'avenir, et même à l'idée, au contraire si favorablement accueillie par beaucoup de neurasthéniques de l'intervention efficace ou favorable d'une médication. Je ne connais pas de malades qui enlèvent plus facilement au médecin toute idée d'une tentative de traitement que certains malheureux atteints de ce mal, tant est profond leur septicisme et leur découragement. Ce n'est donc pas dans l'état

dyspeptique qu'il faut rechercher la cause de ce trouble du caractère, ce n'est pas dans la nature ni l'intensité de la douleur, ce n'est pas non plus dans la nature même du mal, puisque ce même caractère particulier est bien plus rare dans les mêmes cancers affectant d'autres organes; ce n'est pas non plus dans la chronicité de la maladie, car d'autres maladies chroniques sont exemptes de ce trouble. Il est un autre détail, touchant également le fonctionnement intellectuel, qui n'a pas été décrit, bien qu'il ait été observé même par des maîtres, c'est un état mental particulier à certains malades atteints de cancer de l'estomac dans ces périodes encore assez fréquentes de rémissions, pendant lesquelles, les troubles digestifs devenant silencieux, les malades reprennent l'apparence de la santé, des forces, de l'appétit; ils perdent leur abattement, leur découragement, leur désespoir, mais non leur irascibilité qui va au contraire s'accentuer, non plus s'étendre à tous ceux qui entourent le malade, mais au contraire se systématiser, se fixer sur un ou quelques membres de la famille contre lesquels des déterminations plus ou moins graves, souvent injustes, peuvent être prises par le malade, pendant son retour apparent à la santé. Mais pour bien comprendre ce trouble en quelque sorte intellec-lectuel, quoique concentré dans les affections ou dans une affection, il importe de présenter dans un tableau résumé ce qu'a été souvent le cancéreux comme caractère avant l'apparition du mal et l'élection de l'organe; ce tableau, disons-le de suite, n'a pas la prétention d'englober tous les cancéreux de l'estomac dans un schéma unique, un certain nombre ne pourraient rentrer dans ce cadre.

En général, la vie de ces malades a été correcte au point de vue des mœurs, de la conduite, de la tempérance et des affections; plutôt un peu sobres, un peu austères, ils ont eu des habitudes régulières et aimaient le travail et la vie active; leur caractère était doux, réservé, ne se laissant aller à l'impatience qu'à l'égard des écarts de conduite ou d'affection des membres de leurs familles qu'ils chérissaient, et je crois que c'était justement le point faible et douloureux des cancéreux de l'estomac. Ou bien j'ai été dupe de mes remarques, ou bien j'ai eu souvent affaire à des cancéreux ayant vécu du même genre de vie, mais j'ai presque toujours rencontré comme source principale de chagrin, non pas la perte d'un des membres de la famille, mais un désaccord de sentiments résultant d'un désaccord dans la manière de

se diriger entre le cancéreux de l'estomac et son fils, son gendre, son frère ou beau-frère, en tout cas un membre proche ou ayant longtemps vécu en contact intime avec lui. Il paraît banal et puéril de s'attarder sur cette étiologie, chagrins de famille pour expliquer un pareil trouble du caractère, d'autant qu'on peut discuter encore longtemps à ce sujet, le mode de communication entre une impression pénible et une tunique stomacale altérée dans ses tissus étant à peine connu ; il n'en est pas moins vrai que cette émotion pénible sera retrouvée en coïncidence fréquente avec l'élection du cancer pour l'estomac, en coïncidence aussi fréquente que l'accroissement d'irascibilité et la nature en quelque sorte persécutrice du même malade qui, lorsqu'il paraît aller mieux, va voir se développer en lui une antipathie mal contenue contre le membre de la famille auquel il a été autrefois si dévoué. En même temps que le retour apparent à la santé, se manifestent aussi les tendances du malade à vouloir réformer la conduite, les idées de ce parent qu'il a affectionné, et si celui-ci, mal guidé ou mal inspiré, y répond mal, les désaccords, les dissensions intestines reprennent de nouveau, les fonctions stomacales se troublent derechef, favorisant encore le progrès du mal, qui avait paru devenir silencieux. Souvent le médecin conseille une absence momentanée qui retarde la marche du mal, mais trop souvent l'absence n'entraîne pas l'oubli, et la cohorte des souvenirs douloureux continue à entretenir les émotions pénibles et leur influence désastreuse sur le mal. Plus d'une fois j'ai été témoin de mesures sinon non fondées, du moins trop sévères prises par des malades sous l'influence de troubles survenus dans leurs affections, des ruptures complètes, des oppositions obstinément soutenues à des projets de mariage, des modifications dans des legs, des donations étranges ont lieu parfois sous ces influences que nous considérons comme morbides. Convient-il de voir dans de pareils cas un trouble cérébral empêchant la libre disposition des actes émanant de la volonté, trouble cérébral dû à la maladie, nous tendons à le croire, mais n'oserions l'affirmer.

Dans d'autres circonstances j'ai vu le diagnostic du début du cancer de l'estomac obscurci par la prédominance de troubles nerveux ou cérébraux. Il s'agissait de malades à vie régulière, maigrissant et pâlissant rapidement, pris de vertiges et de perte de forces graduelle mais rapide, avec affaiblissement intellectuel, apathie, troubles de la mémoire, dégoût pour leurs occupations,

insomnie opiniâtre ou tendance continuelle à la somnolence, de la perte de mémoire et peu d'entrain pour la conversation, pas d'autres troubles digestifs qu'une complète anorexie ou dégoût pour les aliments, et de la constipation ; les avis médicaux se partageaient entre l'anémie, les vertiges nerveux, la nevropathie ou une sénililité précoce, symptôme précurseur d'un ramollissement cérébral; mais, après deux ou trois mois, un vomissement caractéristique, des douleurs intenses à l'estomac ou encore une tumeur de l'épigastre aperçue par le malade venaient lever les doutes en décelant un cancer de l'estomac à marche, dans ces cas-là, rapide ; inversement, j'ai vu des malades qui, par leurs troubles digestifs ; anorexie, vomissements, douleurs de l'estomac, amaigrissement rapide, pâleur jaunâtre du visage, perte complète des forces, faisaient supposer l'existence d'un cancer latent de l'estomac, puis chez lesquels les troubles gastriques disparaissaient au point de permettre l'alimentation, mais la perte des forces, la pâleur persistaient et des troubles qui existaient déjà mais étaient relégués au second plan, parce qu'ils étaient attribués aux troubles digestifs et à l'état général qui en résultait, prenait une gravité particulière; douleurs vagues et erratiques dans les membres, des difficultés d'uriner, des vertiges, céphalalgie, la conversation traînante d'abord, puis confuse et ensuite incohérente ; tous ces symptômes finissaient par faire redouter un ramollissement cérébral que ne tardaient pas à confirmer des troubles parésiques, puis paralytiques, et une terminaison assez rapide après quelques jours de coma entrecoupé de mouvements convulsifs dans les régions paralysées; mais comme dans ces cas l'autopsie n'a pu être pratiquée, des doutes sont toujours restés dans mon esprit.

J'ai pensé, messieurs, néanmoins, qu'il était de quelque intérêt de vous communiquer ces cas de diagnostic embarrassant, surtout en les rapprochant de ces cas de cancer de l'estomac chez des hémiplégiques et de ces cas nets d'hémiplégie chez les cancéreux, sans lésions cancéreuses de l'encéphale, et aussi des troubles particuliers du caractère des malades atteints de cancer de l'estomac et de leur mode d'irascibilité dans les apparences de rémission de quelques-uns.

Les rapports entre l'arthritisme et l'aliénation mentale se dessinant graduellement dans ces dernières années; tout récemment, dans une thèse récente de M. Isch Wall, interne de MM. Verneuil et Bourneville, ont été établis, avec une certaine éloquence, les rapports entre l'arthritisme, le cancer et l'aliénation mentale.

J'ai pensé qu'il y aurait dans ces questions tout un ordre nouveau de recherches et c'est à ce titre que je vous prie de m'excuser de vous avoir présenté quelques considérations sur l'état mental dans le cancer de l'estomac.

SUR UN CAS D'HALLUCINATIONS PERSISTANTES DE LA VUE LIÉES A UNE LESION INTRACRANIENNE ET S'ACCOMPAGNANT D'ATROPHIE DES DEUX NERS OPTIQUES

M. J. Chaumier. — Messieurs, on s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, des rapports des lésions de l'appareil visuel avec les maladies du système nerveux, névroses, états convulsifs et, en particulier, avec les hallucinations. En Amérique, surtout cette question a été l'objet de travaux nombreux. Stevens, en 1887, a publié, dans un journal de médecine de New-York, une étude intéressante sur les irritations d'origine oculaire considérées comme éléments dans la pathogénie des névroses. Chisolm a traité le même sujet et s'est attaché à montrer l'importance de défauts de la réfraction, quelquefois minimes, dans la production des troubles nerveux. Citons encore Ranney, Good, etc., qui ont signalé des faits semblables.

Tout récemment Lauterbach a publié l'observation de mille cas d'examen d'yeux chez les aliénés et, enfin, il y a un an à peine, M. le docteur Royet, de Lyon, a fait de l'étude des lésions oculaires chez les aliénés l'objet de sa thèse inaugurale.

Ayant eu l'occasion d'observer dans la pratique médicale un cas d'hallucinations persistantes de la vue, s'accompagnant d'atrophie des deux nefs optiques et liées vraisemblablement à une lésion intracrânienne, j'ai cru devoir la communiquer au Congrès avec les quelques réflexions qu'il m'a inspirées. Voici, d'ailleurs, l'histoire de cette maladie dont j'ai pu suivre l'évolution depuis plus de deux années.

Mme G..., soixante-deux ans, me fait appeler, pour la première fois, en juin 1889. Elle ne se plaint que d'une seule chose ; c'est de ne pouvoir plus habiter son appartement, qui est infesté de petits serpents. Elle a beau faire boucher le moindre trou, la plus petite fissure (et, en effet, il n'y pas chez elle une fente qui ne soit

mastiquée soigneusement, pas un trou qui ne soit obstrué), ces petites bêtes trouvent le moyen de s'échapper. Elle me demande de lui indiquer un moyen de la débarrasser de ces hôtes incommodants, un agent toxique pour les empoisonner. En outre, pendant qu'elle m'expose sa requête, elle avance constamment le pied sur le parquet, faisant le geste d'une personne qui écraserait des insectes.

Mme G... n'a pas d'antécédents héréditaires ; elle appartient à une famille de cultivateurs, tous gens robustes ne faisant jamais excès d'alcool. Elle-même n'a jamais été malade, et un examen attentif ne révèle aucune trace de syphilis.

D'ailleurs, ellle a vécu maritalement, pendant trente années, avec un vieillard, qui est mort à quatre-vingt-six ans et chez lequel je n'ai jamais observé d'accidents spécifiques.

Bien que notre malade nie l'alcoolisme, dont elle ne présente aucun symptôme en dehors des hallucinations, on peut tenir compte de ce facteur étiologique, car les femmes du peuple, sans penser à mal, sous prétexte de vapeurs et de pénibles digestions, usent et abusent souvent des liqueurs alcooliques.

Les poumons sont sains, le cœur aussi. Peut-être existe-t-il un peu d'asterio-sclérose se révélant par les caractères du pouls, qui est bondissant et dur au toucher. Le foie paraît hypertrophié.

Les digestions ne sont pas très bonnes ; les embarras gastriques sont fréquents, la constipation habituelle. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; le taux de l'urée est légèrement au-dessous de la moyenne.

Les facultés intellectuelles ne sont pas sensiblement amoindries, si j'en crois les dires de la famille et des amis de Mme G... Du reste, son intelligence n'a jamais été bien remarquable · mais elle lui a toujours suffi pour diriger convenablement ses affaires. La motilité et la sensibilité générale sont intactes; les réflexes rotuliens sont normaux ou peut-être légèrement exagérés. Pas de céphalalgie habituelle, ni de vertiges.

De tous les sens spéciaux l'appareil de la vision est seul atteint; en outre des hallucinations, il existe une diminution notable de la vue, surtout à gauche La réfraction est normale, la vision colorée hésitante ; les deux papilles sont blanches. Les pupilles sont rétrécies et ne réagissent pas à la lumière même intense.

En présence de ces symptômes, nous songeons à une lésion intercrânienne, et, après avoir prescrit à Mme G... un traitement s'adressant seulement aux troubles gastro-hépatiques, nous lui

conseillons de faire examiner ses yeux par un spécialiste, nous réservant d'instituer ensuite une médication plus active.

Le diagnostic de notre confrère, confirmant nos prévisions, fut le suivant : sclérose des deux nerfs optiques, en coïncidence avec une affection probable du système nerveux central. — L'antisepsie du globe oculaire, un collyre à l'ésérine, l'iodure et le bromure de potassium combinés, une diététique appropriée à l'état général, tel fut le traitement prescrit. Malheureusement le mal ne fut pas enrayé ; la vue s'affaiblit davantage et les hallucinations de la vue devinrent plus intenses.

Nous arrivons ainsi au commencement de l'année 1891. M. le docteur Dor, professeur honoraire d'ophthalmologie à la Faculté de Berne, veut bien examiner à nouveau les yeux de Mme G... et nous communique le résultat de son examen.

Les deux nerfs optiques sont atrophiés, mais il n'y a pas de névrite et, par conséquent, pas de tumeur cérébrale. La vue de l'œil gauche est à peu près abolie ; la malade ne voit plus les mouvements de la main, et cela seulement en dehors, car il existe une paralysie complète de la moitié externe de la rétine gauche. La vision de l'œil droit est meilleure, elle est de 1/10 ; mais ici encore il y a de l'hémianopsie par paralysie de la moitié externe de la rétine droite. La moitié interne, qui seule fonctionne, n'est pourtant pas indemne, car la vision pour le vert et le rouge, est altérée dans cette moitié du champ visuel.

Il existe donc chez Mme G... une atrophie complète des deux fascicules directs, non croisés, du nerf optique et une atrophie commençante des deux fascicules croisés. A moins d'admettre une lésion étendue de la base du crâne, comprimant irrégulièrement le chiasma, on est forcé d'admettre une sclérose de plusieurs points du cerveau. C'est à cette dernière hypothèse que nous nous sommes arrêtés, en raison de l'absence des symptômes qui d'ordinaire accompagnent les tumeurs de la base du crâne, céphalagie intense, attaques épileptiformes ou apoplectiformes, vertiges, etc.

Depuis le mois de janvier, malgré le traitement le plus énergique, iodure et bromure de potassium, courants continus, injections de strychnine, la cécité n'a pu être enrayée et les hallucinations ont augmenté parallèlement. Aujourd'hui, la malade voit ses hallucinations, si je puis m'exprimer ainsi. Elle voit constamment des serpents, les décrit, distingue leur sexe et leur constitue une véritable histoire naturelle.

Il y a plus; depuis quelque temps, les autres sens, ouïe, odorat, toucher, ont été altérés soudainement. Maintenant, non seulement Mme G... voit ses bêtes, mais elle les entend, les sent ramper le long de son corps; elle leur attribue une odeur spéciale. Dès lors elle n'interprète plus normalement ses différentes sensations de chaud, de froid, de douleur. A-t-elle de l'intertrigo, du prurit anal ou vulvaire? Ce sont les serpents qui s'attaquent à l'anus ou à la vulve. A-t-elle par hasard un peu de céphalalgie? Elle l'explique par la présence d'un serpent qui aurait pénétré dans la boîte crânienne par le nez ou les oreilles. Notre malade ne se couche plus dans son lit; elle passe ses jours et ses nuits assise sur un fauteuil, ses robes serrées étroitement autour de ses jambes, la tête et le visage enveloppés de foulards pour fermer tout accès à ces êtres persécuteurs. Elle leur livre même de véritables combats, elle a toujours à sa portée un vase rempli d'eau bouillante, prête à les inonder dès qu'ils font leur apparition.

Enfin, cet état de choses n'a fait qu'empirer, de sorte qu'aujourd'hui il nous est presque impossible de faire entendre à Mme G... que les bêtes qu'elle voit sont purement imaginaires et n'existent pas en dehors d'elle-même.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes, tant au point de vue somatique qu'au point de vue de la physiologie psychologique. En outre des lésions de l'appareil oculaire, produisant une double hémianopsie, mais différente pour les deux yeux, notre malade a des hallucinations, dont l'intensité a suivi la marche progressive de l'atrophie de la rétine et des bandelettes optiques. Ce dernier fait tendrait à démontrer que des lésions irritatives d'un appareil sensoreil peuvent s'accompagner de troubles hallucinatoires.

Mais il y a loin de là à la folie sensorielle. Quelque soit l'intensité de ses hallucinations, notre malade n'a jamais présenté le type de la vésanique hallucinée. Les phénomènes sensoriels d'origine toxique, surtout ceux causés par l'atropine, la cocaïne, l'alcool, dont nous avons observé plusieurs cas dans notre pratique médicale, s'en rapprocheraient davantage, ce qui pourrait faire supposer que la folie sensorielle est sous la dépendance de troubles de la nutrition cérébrale ayant déterminé des auto-intoxications.

Enfin, un dernier fait intéressant, au point de vue de la physiologie psychologique, réside dans la marche progressive et la généralisation des troubles sensoriels. Au début de son affection,

notre malade ne se plaignait que des hallucinations de la vue, les troubles auditifs, les illusions de la sensibilité générale se manifestèrent, se condensèrent, en vertu de ce principe que nos sens réagissent les uns sur les autres et se complètent, de telle sorte que le mauvais fonctionnement de l'un d'entre eux entraîne inévitablement des troubles dans tous les autres.

LE NEZ CHEZ LES IDIOTS
DÉFORMATIONS ET LÉSIONS PATHOLOGIQUES

I

M. Revillet (*de Cannes*). — Messieurs, Les aliénés et surtout les idiots présentent, presque tous, outre des déformations nasales, généralement très accentuées, des lésions variées de la muqueuse du nez. Mon maître, M. le professeur Pierret et M. le docteur Brun, médecin en chef de l'asile de Bron, ont bien voulu m'autoriser à examiner les idiots contenus dans leur service et à en recueillir les observations, c'est le résultat de ces examens que je publie aujourd'hui.

Du reste, je ne fais que continuer la série des travaux commencés, sous les auspices du professeur Pierret, par les élèves de l'école de Bron, sur chacun des appareils des sens. Ainsi M. le docteur Royet, et M. le docteur Clair, tous deux anciens internes de Bron, viennent de produire deux thèses remarquables, le premier, sur les lésions oculaires, le second, sur les lésions de l'oreille chez les déments.

Dans ce travail, je donnerai d'abord in extenso, les observations que j'ai pu recueillir sur 50 idiots, puis un tableau synthétique de ces observations, afin que l'on puisse mieux, d'un coup d'œil d'ensemble, apprécier la fréquence de certaines difformités du nez et de certaines lésions de la pituitaire.

Puis, dans un chapitre spécial, je décrirai ces difformités, et dans un autre, les affections de la muqueuse nasale.

Je dois dire, que je n'ai pu que rarement pratiquer la rhinoscopie postérieure. La timidité et la pusillanimité naturelle aux idiots, rendent cet examen presque impossible, et j'ai dû, dans le plus

grand nombre des cas, me contenter de la rhinoscopie antérieure.

D'un autre côté, les renseignements sur les antécédents héréditaires, ou personnels, m'ont fait souvent défaut, car beaucoup d'idiots, abandonnés par leur famille, sont amenés à l'asile par la police, qui ne peut donner aucune information à leur sujet.

II

Observations

Obs. I. — B. 30 ans, idiot impulsif. Asymétrie faciale avec aplatissement à gauche. Déviation de la cloison à droite. Hypertrophie des cornets inférieur et moyen du même côté. De l'autre côté, catarrhe chronique de la muqueuse avec sécrétion très abondante.

Palais en ogive.

Obs. II. — G. 20 ans. Idiot. Déviation de la cloison à gauche, avec hypertrophie du cornet inférieur du même côté.

Palais en ogive. Maxillaire supérieur contracté. Saillie très prononcée des incisives supérieures médianes.

Obs. III. — B. 12 ans, Idiot impulsif. Asymétrie faciale. Région malaire droite affaissée. Muqueuse nasale du côté gauche tuméfiée et rouge.

Palais plat. Maxillaire supérieur élargi, comme s'il avait subi une pression d'avant en arrière.

Amygdales énormes.

Obs. IV. — S. 10 ans. Idiot. Aplatissement de la région occipitale et de la face. Catarrhe chronique des fosses nasales. Pituitaire rouge et épaisse des deux côtés, avec sécrétion considérable.

Palais plat. Maxillaire supérieur élargi transversalement.

Obs. V. — A. 20 ans. Idiot. Hypertrophie du cornet moyen. Palais en ogive. Maxillaire supérieur contracté. Incisives supérieures plantées en deux rangées. Nombreuses et énormes granulations pharyngées.

Obs. VI. — Idiot, hérédité. Hypertrophie du cornet inférieur droit.

Palais normal.

Obs. VII. — Idiot, 18 ans. Catarrhe chronique des fosses nasales.

Palais en ogive. Maxillaire supérieur contracté.

Obs. VIII. P. 17 ans. Idiot. Aplatissement du côté gauche de la face. Strabisme. Catarrhe chronique des fosses nasales.

Palais normal. Amygdale gauche énorme. Granulations pharyngées.

Obs. IX. — 15 ans. Idiot. Aplatissement de la face à gauche. Déviation de la closion à gauche, le cartilage forme un angle saillant à gauche au niveau de sa jonction avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Hypertrophie considérable du cornet inférieur gauche, qui obture complètement la narine.

Palais normal.

Obs. X. — M. 31 ans, idiot. Narine droite plus étroite que la gauche. Catarrhe hypertrophique plus prononcé à droite.

Maxillaire supérieur contracté. Palais en ogive.

Hypertrophie des amygdales.

Obs. XI. — N. 20 ans, idiot. Rétrécissement de la narine gauche Hypertrophie du cornet inférieur gauche.

Palais normal. Granulations pharyngées très nombreuses.

Obs. XII. — 29 ans, idiot. Fièvre typhoïde à 9 ans. Catarrhe chronique des fosses nasales, avec sécrétion mucoso-purulente. Saillie en avant des incisives. Ogive peu marquée.

Obs. XIII. — N. 22 ans, idiot héréditaire. Hypertrophie des cornets inférieurs. Pituitaire rouge, luisante, sécrétion et croûtes.

Palais normal. Granulations pharyngées.

Obs. XIV. — 48 ans, idiot. Hypertrophie prononcée de la paroi gauche de la cloison. Hypertrophie du cornet inférieur gauche, obturation complète de la narine correspondante.

Palais en ogive, muqueuse pharyngée rouge, gonflée et sécrétante.

Obs. XV. — Idiot, 18 ans. Déviation de la cloison à gauche.

Palais en ogive. Elargissement de l'arc dentaire supérieur.

Obs. XVI. -- Idiot, 25 ans. Forte déviation de la cloison à gauche, avec angle très prononcé. Hypertrophie du cornet inférieur gauche. Rougeur et aspect luisant de la pituitaire.

Maxillaire supérieur contracté. Palais en ogive. Saillie considé rable des incisives médianes supérieures.

Obs. XVII. — Idiot, 30 ans. Déviation de la cloison à gauche, avec hypertrophie de la muqueuse du côté gauche de la cloison.

Catarrhe chronique des deux narines.

Palais normal.

Obs. XVIII. — Idiot, 28 ans. Hypertrophie des cornets inférieurs. Sécrétion épaisse, verdâtre, abondante.

Maxillaire supérieur très contracté. Incisives supérieures débordant les inférieures, de près d'un centimètre. Palais en ogive.

Obs. XIX. — Idiot, 18 ans. Figure aplatie. Nez écrasé à sa racine. Les orifices et les fosses nasales semblent élargies.

Maxillaire supérieur aplati d'avant en arrière, et élargi transversalement. Saillie considérable des canines supérieures. Palais plat.

Observations tirées du service des femmes.

Obs. XX. — G..., 30 ans, idiote, sourde et muette. Perforation de la cloison avec épaississement notable de la muqueuse de la paroi gauche de la cloison. Catarrhe chronique des fosses nasales.

Palais plat. Bord alvéolaire du maxillaire supérieur élargi.

Dents écartées, très irrégulières, en créneaux. Granulations pharyngées.

Obs. XXI. — 20 ans. Déviation de la cloison avec saillie angulaire à gauche. Rien de particulier du côté de la pituitaire.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais en ogive. Cicatrice scrofuleuse à la partie inférieure de la face.

Obs. XXII. — 25 ans. Asymétrie faciale très prononcée. Hypertrophie considérable des cornets inférieurs et moyens gauches. Maxillaire non rétréci, dents écartées, et cependant palais en ogive très élevé.

Obs. XXIII. — 19 ans. Idiote. Onanisme. Cornets moyens hypertrophiés. Catarrhe chronique des fosses nasales, avec sécrétion puriforme et croûtes.

Maxillaire supérieur et palais normaux.

Obs. XXIV. — 40 ans. Idiote épileptique. Hypertrophie considérable de la muqueuse de la cloison à gauche. La cloison est déviée à gauche, la muqueuse hypertrophiée à l'aspect d'un polype.

Obs. XXV. — 42 ans. Faible d'esprit, devenue idiote. La cloison est déviée à gauche, sa muqueuse, énormément hypertrophiée, a l'aspect d'un polype, elle est accolée contre l'aile du nez correspondante.

Maxillaire supérieur contracté. Palais en V.

Obs. XXVI. — 56 ans. Idiotie. Sourde-muette. Cloison est déviée à droite avec saillie angulaire à droite. Catarrhe hypertrophique, sécrétion purulente, abondante. Hypertrophie des cornets inférieurs et moyens droits. Palais normal. Granulations pharyngées.

Obs. XXVII. — 38 ans. Idiote. Onanisme. Catarrhe hypertrophique général de la muqueuse, qui a un aspect granuleux. Sécrétion purulente, épaisse, très abondante.

Maxillaire supérieur élargi transversalement. Palais plat.

Obs. XXVIII. — 23 ans, idiote. Asymétrie faciale. Dépression frontale à gauche. Déviation de la cloison avec saillie à gauche. Hypertrophie de la muqueuse de la cloison à gauche. Hypertrophie des cornets inférieurs et moyens du même côté.

Obs. XXIX. — Idiote, 25 ans. Microcéphale. Atrophie de la région frontale à gauche.

Rien de particulier du côté du nez et de la bouche.

Obs. XXX. — Idiote, 40 ans. Déviation de la cloison à gauche avec hypertrophie considérable de la muqueuse du même côté. Hypertrophie énorme du cornet inférieur gauche. Sécrétion muco-purulente, abondante.

Maxillaire supérieur rétréci transversalement.

Palais surélevé.

Obs. XXXI. — Idiote, 25 ans. Saillie considérable du front. Déviation de la cloison à gauche.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais très en voûte.

Obs. XXXII. — 44 ans. Idiote. Déviation de la cloison à gauche avec rétrécissement correspondant. Catarrhe chronique.

Pas de déformation du maxillaire supérieur ni du palais.

Obs. XXXII. — Idiotie, 8 ans. Rien de particulier.

Obs. XXXIV. — Idiotie, 34 ans. Déviation de la cloison à gauche avec hypertrophie de la muqueuse du même côté, ainsi que du cornet inférieur. Sécrétion très abondante.

Maxillaire supérieur normal. Palais normal.

Obs. XXXV. — Idiote, 10 ans. Figure aplatie. Déviation de la cloison à droite.

Rien autre d'anormal.

Obs. XXXVI. — 30 ans. Idiote. Déviation de la cloison à gauche. Hypertrophie de la muqueuse de la cloison et du cornet inférieur du même côté.

Maxillaire supérieur rétréci avec palais très voûté.

Obs. XXXVII. — 40 ans. Déviation de la cloison à droite avec hyperthrophie considérable de la muqueuse du même côté de la cloison, hyperthrophie moins marquée à gauche, aspect granuleux et bourgeonnant de la muqueuse.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais ogival.

Obs. XXXVIII. — 35 ans. Déviation de la cloison à droite, avec hypertrophie considérable du cornet inférieur droit, muqueuse granuleuse et bourgeonnante. Sécrétion purulente abondante.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais en ogive.

Obs. XXXIX. — 40 ans. Lypémaniaque stupide. Cloison déviée à gauche avec hypertrophie de la muqueuse du même côté.

Maxillaire supérieur contracté. Palais en ogive.

Obs. XXXX. — 35 ans. Idiote. Déviation de la cloison à gauche, avec hypertrophie énorme du cornet inférieur gauche, qui obstrue complètement la fausse nasale. Catarrhe et épaississement de la muqueuse à droite.

Maxillaire supérieur contracté. Palais en ogive.

Obs. XXXXI. — 30 ans. Idiote. Hypertrophie du cornet inférieur droit, grisâtre et granuleux. Déviation de la cloison à droite.

Maxillaire supérieur élargi, avec palais plat.

Obs. XXXXII. — 25 ans. Rien de particulier, sauf un peu de catarrhe chronique.

Obs. XXXXIII. — 25 ans. Hypertrophie du cornet inférieur droit, grisâtre et granuleux. Déviation à droite.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais en ogive.

Obs. XXXXIV. — 31 ans. Catarrhe chronique avec épaississement de la muqueuse.

Maxillaire supérieur très rétréci. Incisives supérieures placées en deux rangées. Palais en ogive.

Obs. XXXXV. — 33 ans. Idiote. Héréditaire. Déviation de la

cloison à gauche, avec hypertrophie correspondante de la muqueuse.

Maxillaire supérieur et palais normaux.

Obs. XXXXVI. — 37 ans. Idiote. Héréditaire. Déviation de la cloison à gauche avec hypertrophie considérable de la muqueuse qui est fongueuse.

Maxillaire supérieur rétréci avec palais en ogive.

Obs. XXXXVII. — 29 ans. Idiote. Figure aplatie. Cloison perforée à sa partie moyenne et déviée à gauche. Épaississement général avec rougeur de la pituitaire.

Maxillaire supérieur rétréci, palais en ogive, surélevé.

Obs. XXXXVIII. — 24 ans. Faible d'esprit. Déviation de la cloison à droite. Catarrhe chronique. Sécrétion peu abondante.

Obs. XXXXIX. — 17 ans. Examen négatif.

Obs. L. — L..., 33 ans. Déviation de la cloison à gauche avec hypertrophie considérable de la muqueuse du même côté. Hypertrophie du cornet inférieur, grisâtre, granuleux. Sécrétion abondante, purulente.

Maxillaire supérieur rétréci. Palais en ogive.

III

DÉFORMATIONS DU NEZ

Si l'on récapitule les déformations du nez contenues dans les 50 observations précédentes, on voit que la déviation de la cloison a été rencontrée ;

Déviation à gauche 20 fois
Déviation à droite 8 fois

Soit un total de 28 déviations, c'est-à-dire un peu plus de 50 0/0 des cas examinés.

Je n'ai signalé cette déformation, que lorsqu'elle constituait une véritable difformité, très appréciable à la vue. Dans ce cas-là, le nez présente généralement une saillie angulaire très prononcée, au niveau du point de jonction de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde avec le vomer. Le plus souvent la lame perpendiculaire

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Hommes

OBSERVATIONS	Déviation de la cloison		Hypert. de la Cloison		Hypert. des Cornets		ETAT DE LA MUQUEUSE NASALE
	à gauche	à droite	à gauche	à droite	à gauche	à droite	
I						Cornets inférieur et moyen.	Catarrhe chronique de la muqueuse avec secrétion abondante.
II	1					Cornet inférieur.	
III							Muqueuse nasale du còté gauche tuméfiée et rouge.
IV							Catarrhe hyperthrophique des fosses nasales. Secrétion abondante.
V					Cornet moyen		Catarrhe chronique.
VI						Cornet inférieur.	Catarrhe chronique.
VII							Catharre chronique des fosses nasales.
VIII							Catharrhe chronique.
IX	1				Cornet inférieur.		
X		1				Cornet inférieur.	Catarrhe chronique.
XI	1				Cornet inférieur.		
XII							Catarrhe chronique avec secrétion muqueuse purulente.
XIII					Cornet inférieur.	Cornet inférieur.	Muqueuse rouge, luisante, secrétion et croûtes.
XIV			1		Cornet inférieur.		Catarrhe chronique.
XV	1						
XVI	1				Cornet inférieur.		Rougeur et aspect luisant.
XVII	1		1				Catarrhe chronique.
XVIII			1	1			
XIX							Les orifices des fosses nasales semblent élargies.
TOTAL..	6	2	3	1	5 hyp. du cornet inférieur I hyp. du cornet moyen.	5 hyp. du cornet inférieur 1 hyp. du cornet moyen.	

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Femmes

OBSERVATIONS	Déviation de la cloison		Hypert. de la cloison		Hypert. des cornets		ÉTAT DE LA MUQUEUSE NASALE
	à gauche	à droite	à gauche	à droite	à gauche	à droite	
XX			1				Catarrhe chronique.
XXI	1						
XXII					Cornet moyen et inférieur.		
XXIII					Cornet moyen	Cornet moyen	Catarrhe chronique, sécrétion purulente, croûtes.
XXIV			1				Catarrhe hypertrophique
XXV	1		1				Catarrhe hypertrophique
XXVI		1					Catarrhe hypertrophique sécrétion purulente.
XXVII					Cornet inférieur.	Cornet inférieur.	Muqueuse granuleuse, sécrétion purulente.
XXXIII	1		1		Cornet inférieur et moyen.		Catarrhe chronique.
XXIX	1		1				Rien de particulier.
XXX							Rien de particulier.
XXXI							
XXXII	1						Catarrhe chronique.
XXXIII							Rien de particulier.
XXXIV	1		1		Cornet inférieur.		Catarrhe hypertrophique sécrétion abondante.
XXXV		1					
XXXVI	1		1		Cornet inférieur.		Catarrhe chronique.
XXXVII		1		1			Aspect granuleux de la muqueuse.
XXXVIII		1				Cornet inférieur.	Catarrhe chronique. Aspect granuleux.
XXXIX	1		1				Catarrhe chronique.
XL	1				Cornet inférieur.		Catarrhe hypertrophique
XXXXI		1		1		Cornet inférieur droit.	Muqueuse grise et granuleuse.
XXXXII							Catarrhe chronique.
TOTAL..	9	5	8	2	2 hyp. du cornet inférieur 1 hyp. du cornet moyen.	2 hyp du cornet inférieur	

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Femmes

OBSERVATIONS	Déviation de la cloison		Hypert. de la cloison		Hypert. des cornets		ÉTAT DE LA MUQUEUSE NASALE
	à gauche	à droite	à gauche	à droite	à gauche	à droite	
XXXXIII		1				Cornet inférieur	Catarrhe chronique.
XXXXIV							Catarrhe hypertrophique
XXXXV	1		1				
XXXXVI	1		1		Cornet inférieur		Muqueuse grise, fongeuse.
XXXXVII	1						Epaississement général avec rougeur de la muqueuse.
XXXXVIII		1					Catarrhe chronique, secrétion.
XXXXIX							Rien de particulier.
L	1		1		1		Muqueuse granuleuse, secrétion purulente.
TOTAL..	4	2	3		2 hyp. du cornet inférieur	1 hyp. du cornet inférieur	

TOTAUX GÉNÉRAUX :

Déviation à gauche . . . . = 20
Déviation à droite . . . . = 8

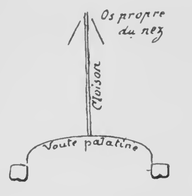
28 déviations

Hypertrophie de la muqueuse de la cloison . = 15
Hypertrophie de la mnqueuse des cornets . = 22

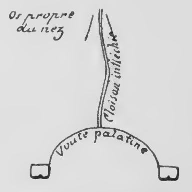
Catarrhe chronique . . . . = 38

est déviée dans un sens, tandis que le vomer et le cartilage de la cloison sont déviés en sens opposé. Ainsi, dans la déviation à gauche, de beaucoup la plus fréquente, la lame perpendiculaire et les os propres du nez sont dirigés de haut en bas, et de droite à gauche, pendant que le vomer et le cartilage de la cloison sont dirigés de haut en bas et de gauche à droite; il en résulte un angle saillant à gauche, et le nez a l'aspect, que l'on désigne communément sous le nom de nez tordu. En même temps, la narine correspondant au sommet de l'angle est considérablement rétrécie. Ce rétrécissement, produit par la déviation, est important à noter, car il a une influence très marquée sur la production de certaines affections du nez.

D'autre part la déviation de la cloison est généralement accompagnée d'une déformation de la voûte palatine, qui sert de plancher aux fosses nasales, le palais est en ogive, c'est à dire surélevé à sa partie médiane, difformité que j'ai toujours notée avec soin dans mes observations. Il semble alors que le squelette ostéo-cartilagineux de la cloison, se trouvant comprimé dans le sens de sa longueur, s'infléchit à son point le plus faible, c'est à dire au niveau de la jonction du vomer avec l'ethmoïde. Le schéma suivant fera comprendre le mécanisme de cette flexion.



Cloison normale et palais normal.



Déviation de la cloison avec palais surélevé en ogive.

C'est là, bien entendu, une simple hypothèse, reposant sur ce fait, que la déviation de la cloison et le palais en ogive, sont des stigmates que l'on rencontre très souvent associés, chez les dégénérés aliénés, épileptiques, idiots. Mais on pourra toujours

objecter, que chacune de ces ánomalies peut exister, sans être nécessairement accompagnée de l'autre.

La déviation de la cloison a été surtout étudiée par Rosenthal (1) sur des sujets non atteints d'idiotisme. Pour cet auteur, les angles produits par les déviations siègent ordinairement dans les 3/4 antérieur de la cloison, les éperons ou saillies sont d'une grande fréquence surtout à gauche.

Pour Gletzmann, (2) une cloison complètement droite est plutôt l'exception que la règle. Les déviations siègent dans les 2/3 antérieur de la cloison, elles retrécissent le plus souvent la narine gauche, disposition plus marquée chez l'Européen, que chez l'Indien.

Bryson Delawan (3) a étudié les déviations de la cloison chez les Européens et chez les Américains, et a fait les constatations suivantes;

1° Chez les Européens, déviation : 50 0/0.

2° Parmi les différentes races de l'Europe, les Slaves et les Hébreux sont les plus sujets.

3° Les crânes Romains présentent presque tous une déviation, chez eux le nez était aquilin. comme chez les Hébreux et les Slaves. Les Indiens, bien qu'ils aient le nez aquilin, ne présentent jamais de déviation.

Si nous comparons les remarques faites sur l'homme sain d'esprit par Gletzmann et par Bryson Delawan à celles que j'ai faites sur l'idiot, il en résulte que, chez l'un comme chez l'autre, la déviation est presque la règle, et qu'elle se rencontre, dans les deux cas, dans la proportion de 50 0/0. Et on arrive à cette conclusion que la déviation, poussée chez l'idiot jusqu'à la difformité, n'est que l'*exagération d'un état normal.*

Enfin, on observe encore d'autres malformations. Souvent les os propres du nez sont comme écrasés, d'autres fois c'est la cloison cartilagineuse qui a sa jonction avec les os propres du nez, présente une dépression profonde, comme si elle avait été luxée en arrière. Dans d'autres cas, la cloison fait une saillie en avant plus ou moins prononcée, parfois énorme. Le nez est alors trés aquilin, ou plutôt crochu. Toutes ces altérations de

(1) *Déformations de la cloison du nez et de leur traitement* (Rosenthal, thèse Paris 1880).

(2) *American joornal of the médical-scientif*. 1885.

(3) *Edimb. médic.-journal;* mai 1888.

la forme de la charpente du nez, jointes aux autres malformations du crâne ou de la face, microcéphalie, asymétrie, etc., contribuent pour une bonne part à donner à l'idiot sa physionomie caractéristique.

IV

LÉSIONS PATHOLOGIQUES DE LA MUQUEUSE DU NEZ

En examinant les observations précédentes, on est frappé de la fréquence du catarrhe chronique des fosses nasales. Il ne manque que douze fois sur 50 sujets. On peut observer, chez l'idiot, toutes les formes de la rhinite chronique, depuis la rhinite simple, jusqu'au catarrhe hypertrophique avec épaississement plus ou moins marqué de la muqeuse, qui sécrète un liquide ordinairement abondant, parfois séreux, souvent purulent. Cet écoulement par les narines est presque aussi fréquent que l'écoulement de la bave par la bouche entrouverte, il est surtout manifeste par les temps froids et humides, où des poussées aigües viennent se greffer sur le catarrhe chronique, et il caractérise jusqu'à un certain point l'état de déchéance intellectuelle, où sont arrivés ces misérables.

L'étiologie de cet état catarrhal presque constant ést facile à établir.

La plupart des idiots préentent les attributs du lymphatisme, de la scrofule, et de la syphilis héréditaire, causes diathésiques invoquées par la plupart des auteurs. En outre, jusqu'à leur entrée à l'hospice, ils vivent dans les conditions les plus déplorables de logement, d'habillement, et de soins de propreté, qui leur font en général complètement défaut. Toutes ces causes, jointes à un état constitutionnel mauvais, font que le catarrhe chronique ne tarde pas à se développer.

L'hypertrophie de la muqueuse de la cloison et celle de la muqueuse des cornets se rencontrent aussi trés fréquemment. Dans mes 50 observations, j'ai constaté quinze fois l'hypertrophie de la cloison et vingt et une fois celle des cornets ; c'est là une proportion énorme. Car ces lésions, sans être très rares, ne sont pas non plus très fréquentes. D'après ma pratique personnelle, c'est à peine si on la trouve deux ou trois fois sur cent sujets pris au

hasard, depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr. Le nombre de ces hypertrophies, si considérable chez l'idiot, méritait donc d'être signalé. Chez les uns, l'hypertrophie de la muqueuse consistait en un simple épaississement en forme de repli, tandis que chez les autres elle formait une véritable tumeur ayant l'aspect d'un polype et obstruant complètement la narine correspondante.

L'hypertrophie de la muqueuse des cornets, ou myxangiome diffus, a été surtout bien et complètement étudiée par Barbier (Lyon 1889), dans sa thèse inaugurale, inspirée par Garel pour la partie clinique et par le professeur J. Renaut pour la partie anatomo-pathologique. Chez l'idiot on peut en observer tous les degrés. Elle arrive à constituer des tumeurs muriformes, granuleuses, grisâtres, parfois d'un rouge vif, et baignées d'un liquide muco-purulent.

L'étiologie de ces hypertrophies comprend les causes générales et particulières, que j'ai énumérées plus haut au sujet du catarrhe chronique. Cependant il est un élément pathogénique important, que je n'ai vu signalé nulle part, qui ressort clairement de mes observations et sur lequel je tiens à insister.

La déviation de la cloison, si prononcée chez l'idiot, a une influence marquée sur la production de l'hypertrophie de la cloison et de celle des cornets. Les vingt-huit déviations de la cloison, que j'ai observées, s'accompagnent douze fois de l'hypertrophie de la cloison du même côté et quatorze fois de l'hypertrophie de celle des cornets dans le même sens. Si la déviation a lieu à gauche, l'hypertrophie se produit à gauche ; le même phénomène a lieu en sens inverse si la déviation a lieu à droite. — Or, la déviation s'accompagne toujours d'un rétrécissement de la narine correspondant au sommet de l'angle de déviation. Par ce fait la muqueuse de la cloison et celle de la paroi opposée de la narine se trouvent en contact, elles sont baignées constamment par leurs produits de sécrétion, liquide purulent, septique, qui s'écoule mal par suite du rétrécissement de l'organe par l'existence de culs-de-sac, et aussi parce que l'idiot ne se mouche jamais. Cette irritation continue finit par amener l'épaississement de la muqueuse, le développement exagéré de sa vascularisation, comme cela a lieu pour la membrane intérieure d'un abcès, qui se vide mal; et l'hypertrophie de la muqueuse de la cloison, ou de celle des cornets arrive à se constituer.

CONCLUSIONS

Chez l'idiot, la déviation, à gauche, poussée jusqu'à la difformité, s'observe dans plus de la moitié des cas.

Les fosses nasales sont presque constamment le siège d'un catarrhe chronique.

L'hypertrophie de la muqueuse de la cloison et de celle des cornets est d'une très grande fréquence.

La déviation de la cloison par le fait du rétrécissement qu'elle produit dans une des fosses nasales est une cause pathogénique nettement efficiente de l'hypertrophie de la cloison et de celle des cornets.

OPÉRATION DU TRÉPAN DANS UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE

M. Rey (Marseille). — Messieurs, depuis quelque temps l'opération du trépan semble avoir pris une place importante dans le traitement des affections cérébrales, en dehors des cas où une lésion traumatique du crâne commande l'intervention chirurgicale.

Lucas Championnière l'a pratiquée plusieurs fois pour des douleurs graves de tête, des vertiges et accidents cérébraux de nature syphilitique et dans des cas d'épilepsie essentielle ou symptomatique. Plus récemment, Lannelongue l'a appliquée au traitement de l'imbécillité et de l'idiotie.

Les résultats obtenus n'ont pas encore satisfait toutes les espérances ; mais ils sont de nature à encourager des tentatives qui, grâce à l'antisepsie, sont loin de présenter les dangers d'autrefois. Cette méthode tend à se vulgariser.

Ce n'est pas l'attrait de la nouveauté qui m'a amené à faire un appel au chirurgien pour un de mes malades, atteint de paralysie générale. Comme on le verra, une lésion du crâne justifiait cette intervention ; elle n'a été résolue, du reste, qu'après un long examen, et l'étude attentive des observations, déjà nombreuses, publiées dans les comptes rendus de la *Société de Chirurgie* et dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*.

A..., âgé de 40 ans, est entré dans mon service, à l'asile Saint-Pierre, le 11 février 1891, présentant de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, diminution de la mémoire, mélange d'idées dépressives et d'idées de satisfaction, pupilles inégales, embarras de la parole, tremblement en masse de la langue.

Le diagnostic de paralysie générale s'imposait.

L'affection, évidemment déjà ancienne, n'a été soupçonnée qu'environ un mois avant le placement du malade à l'asile. On avait noté un changement dans le caractère, de l'inaptitude au travail, puis des actes inconscients : le malade dérobait des comestibles aux étalages, il allait travailler dans un atelier sans avoir été embauché. La nuit, il se levait agité, en proie à des hallucinations terrifiantes sous la dépendance probable d'excès alcooliques récents.

Il fallut cependant des événements plus graves pour que la famille se décidât à faire soigner ce malheureux dans un asile. Un jour, il quitte sa maison pour rendre visite à un ami ; mais à l'insu de tous, il poursuit sa route et il n'est retrouvé que 5 jours après dans une ville du littoral, et en prévention pour résistance à un factionnaire aux abords d'une poudrière.

Ajoutons qu'il n'y a dans la famille aucun antécédent vésanique ou congestif. Le malade, marié depuis quinze ans et père de trois enfants, a toujours joui d'une bonne santé ; sa conduite était régulière.

Dès les premiers jours l'excitation disparaît, ainsi que les hallucinations. Comme je l'ai dit, ces phénomènes étaient sous la dépendance d'excès alcooliques inconscients. C'est le seul changement heureux à enregistrer au cours d'un traitement interne institué dès le début. Tous les autres signes persistent. On note une prédominance des idées de satisfaction et plus tard une aggravation notable des troubles physiques, surtout de l'embarras de la parole, avec tremblement fibrillaire des lèvres et paralysie faciale incomplète droite.

Dès les premiers jours, nous avions remarqué à la région pariétale gauche un enfoncement très marqué, de forme circulaire, ayant environ cinq centimètres de diamètre, à bords saillants, à parois lisses, pouvant recevoir la totalité du pouce dans sa partie profonde. Pas de cicatrice, ni adhérence du cuir chevelu.

La famille n'a pas pu nous renseigner, d'une manière précise, sur l'origine de cette altération. Une sœur du malade déclare qu'elle l'a toujours connue et qu'un de ses enfants, à elle, portait

cette même conformation du crâne, ce que du reste nous n'avons pas pu vérifier. Quant au malade, il paraissait ignorer cette particularité.

Etait-ce un traumatisme ? mais pas d'altération du tégument.

Etait-ce un céphalématome guéri ? mais cette tumeur ne laisse habituellement pas de traces.

Fallait-il incriminer la syphilis, bien que les antécédents fussent négatifs sur ce point ?

En résumé, incertitude complète quant à la nature de cette dépression du crâne. Il était toutefois permis d'admettre la possibilité d'une action locale sur la région correspondante du cerveau. En effet, j'ai trouvé autrefois à Ville-Evrard, chez un paralytique général, un cal volumineux du crâne siégeant à la face interne du frontal avec prédominance des lésions habituelles sur la région correspondante du cerveau, la deuxième frontale gauche. L'action irritative de cette tumeur osseuse avait bien pu, mieux que le traumatisme, être la cause de l'affection cérébrale.

Je soumis le cas à mon distingué confrère et ami, le Dr Pantaloni major de l'hôpital de la Conception. Après un sérieux examen, il fut d'avis que, l'altération quelle qu'elle fût du reste, sa nature justifiait l'intervention chirurgicale.

J'obtins l'autorisation de la famille, le malade, lui-même consentit à se faire opérer, décidé par la perspective d'une sortie prochaine.

Le 11 juin, dernier le Dr Pantaloni pratiqua l'opération du trépan avec l'aide des internes du service, MM. Bossano et Salducci, qui la veille, sur ses indications, avaient fait la toilette antiseptique du malade.

J'indiquerai brièvement les différentes phases de l'opération : Le malade, endormi rapidement, a eu une courte période d'excitation marquée par un bavardage continuel et des idées de richesses.

Un lambeau carré met à nu la région postéro-supérieure du pariétal gauche. Une couronne de trépan est appliquée sur le bord de la cavité et l'opération est continuée avec la gouge. Toute la partie correspondante à la dépression, précédemment décrite, est enlevée dans une étendue d'une pièce de cinq francs environ. On constate ainsi que les bords sont très épais, et réduits à une lamelle ; mais que le fond de la dépression ayant à peine deux millimètres d'épaisseur et qu'il n'existe pas de saillie du côté du cerveau. Il s'agissait bien d'un céphalématome guéri.

La dure-mère est incisée ; elle ne présente aucune altération

apparente. Au-dessous, les méninges sillonnées de vaisseaux volumineux, présentent un aspect gélatineux et des plaques laiteuses. On remarque que le cerveau fait un peu hernie et vient combler, en partie, l'ouverture du crâne.

Cet examen rapide étant fait, les lambeaux de la dure-mère sont réunis par des points de suture ; le lambeau épicranien est également remis en place.

L'opération a duré une heure environ, il est inutile de dire que toutes les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse ont été suivies par l'habile opérateur, et imposées à son entourage.

Au réveil le malade est calme, il se montre satisfait. Huit jours après, la cicatrisation est complète ; le malade peut reprendre sa place à la division.

Quels ont été les résultats de l'opération ? Est-il survenu quelque changement dans les signes intellectuels et physiques de la paralysie générale.

Je veux me borner à noter l'état du malade au moment où il a été rendu à sa famille le 29 juillet 1891, c'est-à-dire un mois et demi après l'opération. A... est calme, d'humeur égale. L'état de dépression, les idées de satisfaction ont disparu. Il apprécie assez bien sa situation ; quoique désireux de sortir, il ne témoigne aucune impatience, il sait bien qu'il ne peut reprendre ses anciennes occupations trop pénibles pour lui, et bien qu'il ait un protecteur puissant, il se contente d'un emploi modeste; il se montre reconnaissant sans exagération des soins qu'on lui a donnés. Les souvenirs sont moins confus.

L'inégalité pupillaire persiste. L'embarras de la parole, le tremblement de la langue et des lèvres et l'asymétrie faciale sont notablement atténués.

Tel est l'état que présentait le malade à sa sortie. On ne peut nier une amélioration très notable de l'affection, qui avait nécessité son placement à l'asile, affection parvenue à une période déjà avancée.

Cette amélioration sera-t-elle durable ? C'est ce que l'avenir dira. Mais en raison des lésions constatées au cours de l'opération, il serait téméraire d'espérer un état plus satisfaisant. Comment expliquer le changement que nous venons de faire connaître ; en l'absence de tumeur exerçant une compression ou déterminant une irritation locale du cerveau comme dans le cas précédent ? Peut être par une diminution de la tension générale,

tension produite par la congestion du cerveau et de ses enveloppes et l'augmentation d'épaisseur de la paroi cranienne.

En résumé comme le vertige, les accidents cérébraux de nature syphilitique, l'épilepsie essentielle ou symptomatique, la paralysie générale peut tirer profit de l'intervention chirurgicale.

L'incurabilité habituelle de cette affection, l'inefficacité reconnue des traitements internes et d'autre part l'innocuité de l'opération du trépan, grâce à l'antisepsie, toutes ces raisons justifient suffisamment, je crois, les tentatives de ce genre.

EXPÉRIENCE DE CULTURE DU VACCIN FAITE A L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE SAINTE-CATHERINE

M. Belle (de Moulins). — Messieurs, les asiles publics d'aliénés constituent des agglomérations, au milieu desquelles, les maladies contagieuses en général, et la variole en particulier, peuvent se propager rapidement et décimer la population de l'Etablissement. En effet, si, par suite de l'application de l'Article 18 de la loi de 1838 sur les aliénés, un malade d'une commune contaminée par la variole est envoyé dans un asile d'aliénés, il peut apporter avec lui le germe de cette maladie épidémique. En outre, un visiteur qui vient d'avoir la variole, faisant une sortie prématurée à la fin de la période de desquamation, peut pénétrer dans le parloir un jour de visite, après avoir chargé une personne qui l'accompagnait de demander un permis de visite. Se mettant ainsi en contact avec des malades de l'Etablissement sans avoir été vu par le Membre du service médical, chargé de délivrer les permis de visite; ce visiteur, sans mauvaise intention peut semer la variole dans l'Etablissement. Il est inutile de faire l'énumération de tous les modes de propagation de cette maladie épidémique, qui sont connus par tous les médecins. Actuellement presque tous les asiles publics d'aliénés sont dans un état voisin de l'encombrement, et, malgré les chambres d'isolement, pour les malades atteints de maladies contagieuses, une épidémie dans un asile d'aliénés peut faire rapidement des ravages, car l'emplacement,

occupé par les 500 à 1200 malades que renferment ces établissements, est relativement peu étendu.

La variole étant une des maladies contagieuses contre laquelle les mesures de prophylaxie sont les plus efficaces, grâce à la vaccine, afin de rendre complètement stérile, pour cette affection, le terrain d'un asile d'aliénés, il serait nécessaire d'utiliser largement la découverte de Jenner. L'opération de la vaccination, qui est élémentaire, est parfois négligée dans la médecine civile, par suite de la résistance éprouvée auprès des intéressés, pour des motifs futiles; puis, par la difficulté de se procurer, même à prix élevé, du vaccin exempt de récrimination sur son origine, de la part des sujets ou des parents de sujets à vacciner.

Il est cependant facile de se procurer à peu de frais du vaccin d'une qualité à l'abri de tout reproche. M. Charles pharmacien à Moulins, a employé, avec le concours du Dr Bruel, président du conseil d'hygiène, le procédé suivant, pour produire économiquement la pulpe vaccinale. Une brochure ayant pour titre : *Préparation économique de la pulpe vaccinale*, dont je donne le résumé ci-dessous, a été rédigée par M. Charles.

« Après avoir choisi une génisse saine, âgée de deux mois, la récolte du vaccin étant plus facile sur un sujet vaccinifère jeune, cette génisse est liée et étendue sur une table. La région moyenne du thorax et de l'abdomen, du côté qui n'est pas appuyé sur la table est rasée, puis lavée, d'abord avec une solution de sublimé, et ensuite à l'eau tiède.

« Des scarifications sont faites légèrement sur la partie de l'animal ainsi préparée et ces incisions qui intéressent seulement l'épiderme, ont une longueur d'un centimètre et sont séparées les unes des autres par un espace de deux centimètres. Elles s'étendent depuis la partie postérieure du membre antérieur, jusqu'à la partie antérieure du membre postérieur, en quatre rangées parallèles, sur chacune desquelles on fait environ 80 incisions, devant produire autant de pustules. Lorsqu'une rangée de scarifications est terminée, dans chaque incision on essuie une aiguille chargée de pulpe vaccinale, provenant d'une opération précédente. Lorsque l'inoculation des incisions est terminée, la génisse est déliée et mise en surveillance. Une couverture de laine est placée autour de l'animal, afin de protéger la région en expérience contre les souillures, et l'empêcher de lécher les pustules. Le moment reconnu le plus propice pour recueillir le vaccin, est la fin du quinzième jour, c'est-à-dire de 120 à 125

heures après l'inoculation. La génisse est à nouveau immobilisée et placée sur une table, puis les lignes formées par les pustules, sont lavées avant d'en exprimer le vaccin.

« On procède à cette dernière opération de la manière suivante :

« A l'aide de deux doigts, on soulève alternativement la peau voisine d'une pustule, et on passe à la base de celle sur laquelle on opère une pince à ligature. Malgré cette pression, la lymphe vaccinale s'échappe lentement, et sa sortie de la pustule doit être activée à l'aide d'une curette que l'on passe lentement, avec une certaine pression, plusieurs fois sur chaque pustule.

« La pulpe contenue dans la curette, est déposée dans un petit mortier en porcelaine et triturée avec de la glycérine chimiquement pure étendue de son volume d'eau, afin de donner au vaccin assez de fluidité pour pénétrer dans les tubes presque capillaires, qui doivent la conserver jusqu'au moment de l'utiliser.

« Pour mettre dans les tubes la pulpe vaccinale, M. Charles emploie un tube en caoutchouc d'un diamètre assez faible pour recevoir à une extrémité la canule d'une petite seringue, et à l'autre extrémité, un des petits tubes en verre, dans lequel le vaccin est aspiré, de manière à laisser un vide aux extrémités qui doivent être fermées à la lampe à alcool. »

Nous avons fait à l'asile Sainte-Catherine l'expérience de la pulpe vaccinale préparée par ce procédé, elle a donné par l'inoculation un résultat aussi satisfaisant que l'usage du vaccin acheté dans un Etablissement vaccinal au prix de 1 fr. à 1 fr. 50 le tube. Nous avons utilisé le vaccin, après que la génisse, sur laquelle il a été pris, a été abattue, et que l'autopsie a montré qu'elle était parfaitement saine. La chair de l'animal a été ensuite livrée à la consommation.

Pendant le printemps dernier, une épidémie de variole importée par un marchand ambulant, a fortement sévi sur la population de Moulins, à l'hôpital 6 décès se sont produits sur 48 malades qui y ont été soignés. Pendant cette épidémie, nous avons demandé à M. Charles de nous préparer, selon le procédé ci-dessus, de la pulpe vaccinale en se servant comme sujet vaccinifère, d'une génisse choisie dans l'établissement de l'Asile. Une partie de la quantité de plus de quatre cents tubes, recueillis sur cette génisse, a été employée à vacciner la population de l'Asile Sainte-Catherine s'élevant à 600 personnes. Le résultat a été de 76 succès sur 100 sujets vaccinés. Les insuccès portaient presque tous sur des individus revaccinés l'année précédente.

L'opération de la vaccination, avec la pulpe vaccinale, est plus rapide que lorsqu'on vaccine de bras à bras. Avec le concours de M. de Cool, interne de service, et avec l'aide de deux infirmiers, l'un pour découvrir la partie à vacciner, et l'autre pour habiller le malade, après avoir laissé sécher quelques minutes les piqûres pour favoriser l'inoculation, il nous a été possible de vacciner en une heure plus de 60 sujets.

La vaccination de la population de l'Etablissement a été faite au commencement de l'épidémie, qui a sévi sur les habitants de Moulins, et malgré la ramification de la variole dans les communes voisines, et en particulier à Yzeure, où se trouve l'Asile d'aliénés de Sainte-Catherine, nous n'avons eu à constater aucun cas de variole. L'avantage d'avoir été à l'abri de l'épidémie pendant que la variole exerçait des ravages autour de l'Asile Sainte-Catherine est un argument péremptoire en faveur de l'efficacité du vaccin employé, pour détourner cette maladie épidémique.

Les produits vaccinifères cultivés dans un établissement vaccinal ont une propriété virulente qui diminue, lorsqu'on laisse écouler un certain temps avant de les inoculer. En cultivant le vaccin de génisse dans l'intérieur de la ferme d'un Asile, on se trouve dans d'excellentes conditions pour obtenir du vaccin frais, à un prix de revient presque nul.

La fraîcheur de notre pulpe vaccinale a été la cause principale du résultat favorable que nous avons obtenu.

RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PRÉCOCE AVEC L'ALCOOLISME ANCESTRAL

M. Combemale. — Messieurs, les faits de paralysie générale, survenant chez les dégénérés, sont nombreux, pour ne pas dire innombrables, au point que pour certains auteurs il n'arrive à la paralysie générale que des dégénérés. Pour ces malades, c'est toujours entre trente ou quarante ans, et le plus souvent du fait d'une intoxication, que la paralysie générale s'installe. La cause dégénérative ancestrale est quelconque dans ces cas : intoxication diathèse, etc.

Mais il est, du fait de leur hérédité, et de leur hérédité seule,

une catégorie de paralytiques généraux, chez lesquels les troubles psychiques et moteurs caractéristiques de la méningo-encéphalite chronique diffuse se montrent de bonne heure, d'une façon précoce, à l'âge de la puberté le plus souvent; ce sont les paralysies générales anticipées.

Dans ces cas, ces malheureux n'ont rien fait pour devenir paralytiques généraux, et on chercherait vainement dans leurs antécédents personnels de quoi justifier l'éclosion de la maladie mentale; ceux-là sont les victimes fatales de leur hérédité, et la dégénérescence qui pèse sur leur vie et leur évolution intellectuelle est une dégénérescence due à l'alcoolisme de leurs générateurs.

Ce sujet mérite attention. Dès 1888, dans ma thèse inaugurale (1), j'indiquais le rapport que la paralysie générale précoce affecte avec l'alcoolisme ancestral, et j'apportais à l'appui de mon opinion deux observations recueillies à l'asile d'aliénés de Montpellier, « observations dans lesquelles, disions-nous, le critique le plus intolérant ne pourra trouver d'autre cause que l'alcoolisme des parents pour expliquer l'apparition hâtive d'une paralysie générale : même dégénérescence, même entrée dans l'aliénation mentale par la manie, même rapidité dans la marche vers la paralysie générale, même mode de terminaison par le marasme paralytique, tous ces caractères réunissent intimement les deux cas que nous rapportons et nous permettent d'entrevoir là une forme spéciale, organique celle-là, de la dégénérescence, analogue à ces démences précoces *sine causa* que nous avons précédemment signalées. »

Ces faits m'avaient tellement frappé que j'ai cherché depuis à les retrouver aussi évidents : mon observation personnelle ne m'a pas permis de le faire, et je n'ai pas rencontré dans quelques recherches bibliographiques, un peu rapides il est vrai, que le rapport précédemment énoncé entre la précocité dans la paralysie générale et l'alcoolisme ancestral ait été saisi par d'autres aliénistes.

Je rapporterai donc, sans autres commentaires, les deux cas auxquels je fais allusion et qui légitiment l'opinion résumée dans le titre de cette communication.

Obs. I. — V... Auguste, 25 ans, cordonnier, né à Perdoux

(1) Combemale, *La descendance des alcooliques*, thèse Montpelier, 1888, p. 178.

(Lot), domicilié à Béziers (Hérault), entre successivement à l'asile le 10 mai 1890 et le 4 octobre 1891.

Fils unique, un peu niais et bête toute sa vie, ce malade était le jouet de ses camarades qui lui faisait croire qu'il était aimé; cependant il apprit à lire et à écrire et était devenu ouvrier cordonnier assez adroit. Dans son enfance, il ne fut jamais malade, mais eut au cou des ganglions suppurés.

A l'adolescence, ce garçon prit des habitudes d'onanisme. En outre, il faisait parfois des excès de boisson. A 25 ans, sous l'influence de ces deux causes, surtout par le fait d'un abus passager d'alcool, il présente subitement une grande incohérence dans ses idées, il néglige ou fait mal son travail, rit et plaisante tout le long du jour, ne peut tenir en place. Il entre à l'asile en l'état de manie avec surexcitation, se rendant compte de tout, et en sort au bout de six mois en état de convalescence très avancée.

Neuf mois après, il entrait à l'asile avec la même exaltation maniaque, mais avec des idées de grandeurs prédominantes et des troubles de la motilité assez vagues; il avait donné un coup de tranchet à son père.

A l'asile, il réussit à s'évader, se bat, brise, ne dort pas, se masturbe avec frénésie; les idées de grandeurs et les troubles paralytiques s'amendent, mais existent toujours; au bout de cinq mois, il tombe dans la stupeur, puis redevient agité et alternativement. Un an et demi après son entrée, la paralysie, soupçonnée seulement, était devenue évidente; elle avait fait de grands progrès : l'abaissement de l'épaule, la lourdeur de la marche, les tremblements des bras et des mains analogues à ceux de la sclérose en plaques, les troubles dans l'articulation des mots, la déviation de la langue et des traits sont très nets, le côté gauche était particulièrement affecté; la démence avait marché de pair et les idées délirantes n'offraient plus rien de particulier. Cet état alla en s'aggravant et le 16 octobre 1884, V... mourait de pneumonie. On ne notait comme malformation originelle que de la microcéphalie intercurrente. L'autopsie fut refusée.

Le père âgé de 48 ans, cordonnier, est franchement alcoolique et s'est alcoolisé de tout temps : amaigri, mais bien portant ; du côté paternel, un oncle mort dans le délire en deux jours à 10 ans, une tante nerveuse avec manifestations hystériques, la mère, tailleuse, est nerveuse et souvent malade comme l'une de ses sœurs.

Obs. II. — Virginie A... 24 ans, domestique, née à Garbette

(Ariège), domiciliée à Montpellier, entre à l'asile le 13 avril 1883. D'une intelligence moyenne, d'un caractère très doux, réservé, fidèle à ses maîtres, économe et laborieuse, elle apprit à lire et à écrire, mais à quatorze ans, abandonna les travaux des champs pour servir; elle fit beaucoup de places et souffrit parfois du manque de travail.

Peu robuste, mais jamais sérieusement malade, elle paraissait faible de la poitrine, et, vers vingt-deux ans, un état de chloro-anémie intense se déclara, qui la fit traiter comme tuberculeuse.

Un jour, un individu s'introduit dans sa chambre et veut abuser d'elle, elle en ressent une violente émotion; plus tard elle se dit fatiguée physiquement et intellectuellement, étourdie, oublieuse; elle est mal menstruée. Ses idées religieuses tournaient au mysticisme : elle ne savait comment rendre à Dieu sa bonté. Elle a des idées ambitieuses, allait se marier richement, aurait des châteaux, se disait belle, puissante, et manifestait une agitation extraordinairement intense, criant le jour et la nuit entière, se frappant la tête.

A l'asile, la manie paraît d'abord simple : constamment en mouvement, elle est incohérente et le délire est généralisé; mais les actes n'ont pas l'originalité et l'imprévu du maniaque; elle frappe les gardiennes, secoue les portes, bat des mains, crie des obscénités. Au bout de sept mois, elle était calme, mais son raisonnement restait bête, son sourire niais; en outre, les mains lui tremblaient, la marche était peu assurée. Deux ans après son entrée, la démence était déjà notable : elle ne travaillait plus, ignorait l'époque de l'année. Les tremblements dans les doigts au repos ou dans l'effort étaient continus, la physionomie exprimait l'hébétude, certains muscles se contractaient involontairement, la commissure labiale était abaissée à droite, la langue déviée à gauche, la pupille gauche dilatée, l'ouïe diminuée à droite; elle hésitait à parler, ânonnait, nasonnait son langage; les réflexes tendineux étaient exagérés, et on provoquait le tremblement épileptoïde des jambes. Pleurnichant, se disant toujours belle, elle gâtait et ramassait de nombreuses saletés. Cette paralysie généralisée, surajoutée à un développement intellectuel faible, fait cependant de grands progrès: quatre ans après son entrée, elle ne peut quitter sa chaise, manger seule; les tremblements, à l'occasion d'un mouvement même léger, deviennent très fréquents, constants, de petite envergure; ils ne troublent pas la direction du membre. La tête s'agite sans cesse, les cuisses sont

en permanence dans la demi-flexion, animées de mouvements épileptoïdes, que la volonté paraît pouvoir arrêter. Virginie s'éteint le 13 avril 1887, dans le marasme paralytique. L'autopsie ne peut être faite.

De taille moyenne, peu musclée, le teint pâle, anémique, la peau blanche, infiltrée; le volume du crâne est faible et les bosses frontales non développées, quoique le front soit haut; les dents sont crénelées sur les bords, les lèvres grosses, les extrémités fines, la colonne vertébrale légèrement incurvée à droite. Cette malade ne présente pas d'autres particularités pathologiques.

Le père, soixante-cinq ans, peu intelligent, cultivateur et marchand de bestiaux, était souvent roulé dans ses marchés; il a fait dans les foires de nombreux excès de boisson. Le grand-père est peu connu. La grand'mère, robuste, mourut à quatre-vingt-quinze ans, après avoir eu plusieurs vertiges. Un oncle est mort à soixante ans environ, cardiaque par alcoolisme; ses deux garçons sont morts vers douze ou quatorze ans, d'une mauvaise fièvre, et la fille, trente-cinq ans, débile, est mariée et mère d'un robuste enfant. Deux oncles, sobres, sont bien portants et ont des enfants bien portants. Une tante a perdu ses quatre enfants en bas âge. Une autre tante a des enfants bien portants. La mère, morte à quarante-sept ans phtisique, avait longtemps traîné. Deux oncles sont morts phtisiques au même âge que la mère et ont eu des enfants bien portants. Une tante et un oncle se portent bien, eux et leurs enfants.

Trois sœurs : l'une, la jumelle de Virginie, lui ressemblant au physique et au moral, médiocrement intelligente aussi, craint encore de devenir aliénée, comme sa sœur; il lui faudrait une simple occasion pour perdre la raison. Les deux autres sœurs cultivent la terre, sont bien portantes et récemment mariées.

1 Oncle *alcoolique* cardiaque	**2 Oncles** sobres	**Tante**	**Tante**	**Père** *alcoolique* peu intelligent	**Mère** morte *phthisique*	**2 Oncles** morts *phthisiques*	**Tante** bien portante	**2 Oncles** bien portants

Cousine débile	**2 Cousins** morts jeunes	**Cousins** bien portants	**4 Cousins** morts en bas age	**Enfants** bien portants	**Cousin** bien portant

Virginie *manie* *paralysie générale*	**Jumelle** raison indecise	**2 Sœurs** bien portantes

DE L'ŒIL CHEZ LES ALIÉNÉES

M. Royet. — Messieurs, la vue est, avec l'ouïe et le toucher, un des sens qui nous donnent le plus grand nombre de nos images de mémoire. Elle a par cela même, une très grande importance pour le développement de notre intelligence, à qui elle fournit en partie ses éléments essentiels. Qu'arrivera-t-il donc, si l'œil fonctionne d'une façon défectueuse. Nos facultés intellectuelles seront-elles compromises et cette influence, qui leur était si utile, leur deviendra-t-elle préjudiciable? En général, non. On prétend, il est vrai, que le caractère reçoit une certaine tournure du fait des anomalies de la vision. On accuse, par exemple, les myopes de présenter souvent une teinte d'originalité. Mais il y a heureusement loin de ceci à des troubles mentaux graves. Ils peuvent cependant, dans certains cas, être liés à l'état de la vision. C'est pour rechercher le rôle de l'œil dans leur production que j'ai examiné les yeux d'environ six cents malades internés à l'asile de Bron.

Voici sommairement quelques résultats de ces observations :

Quelques-uns portent sur l'ensemble des cas observés, d'autres visent surtout les maladies ou états accidentels de l'œil, d'autres ont rapport aux déformations et anomalies congénitales.

A. *Conclusions générales*

1° Une lésion oculaire peut-elle créer le délire ?

Dans plusieurs cas, des maladies de l'œil m'ont paru devoir être considérées comme la cause déterminante ou occasionnelle du délire : Dans un cas, sans antécédents héréditaires connus, des douleurs de glaucôme ont amené un délire de persécution avec hallucinations. — Une autre malade, à la suite de l'ablation d'un sarcôme de l'orbite droite, avec énucléation de l'œil, a présenté, de suite après l'opération, des hallucinations très complètes de la vue, conscientes d'abord, mais qui ont rapidement cessé de l'être et persistent depuis trois ans. Cette malade a des prédispositions héréditaires indubitables.

J'ai eu l'occasion chez une jeune fille non aliénée, d'observer des hallucinations conscientes à l'occasion d'une conjonctivite intense de l'œil droit avec ulcération de la cornée.

2° L'état de l'œil paraît agir sur la forme du délire quand il n'en est pas la cause. A peu près tous les aliénés, chez qui j'ai constaté des lésions oculaires, présentaient des hallucinations diverses.

3° C'est l'œil droit qui, chez les aliénés est le plus souvent et le plus intéressé. Chez les gauchers, c'est l'œil gauche qui est porteur de l'unique lésion ou de la lésion maxima. Chez ces derniers, c'est en général une excavation physiologique très accusée que j'ai observée.

4° L'étude de la circulation de la rétine ne donne pas les résultats que pourraient faire espérer :

L'origine embryonnaire commune du cerveau et de la rétine; — les conditions presque identiques des circulations intra crânienne et intra-oculaire se faisant l'une dans une boite osseuse, le crâne, l'autre, dans une membrane à peu près inextensible, la sclérotique ; — enfin l'origine commune de leurs artères et les aboutissants communs de leurs veines.

En effet, la physiologie nous montre que, en dehors des troubles de la circulation générale, l'irrigation peut être simultanément différente dans divers territoires du cerveau, à plus forte raison nous ne pouvons espérer que l'état de la circulation de la rétine nous donnera une indication de quelque valeur au sujet de celle du cerveau.

La physiologie démontre aussi que, sous l'influence des troubles de la circulation générale, l'œil et le cerveau réagissent de même, de sorte que, par exemple, si, à la suite d'une affection cardiaque, on observe des troubles de vascularisation de la rétine, on doit supposer qu'il se produit dans le crâne des phénomènes analogues.

J'ai souvent observé que des lésions cardiaques, en apparence compensées, produisaient des modifications dans l'état des vaisseaux du fond de l'œil. Par une médication appropriée, le fond de l'œil redevient normal et souvent l'état mental s'améliore.

B. *Affections non congénitales*

1° Sauf chez les paralytiques généraux on ne trouve pas de maladies oculaires spéciales aux aliénés. La fréquence dans certains asiles de l'ophtalmie granuleuse contagieuse tient aux conditions de vie en commun. Cependant cette maladie semble s'attaquer de préférence aux malades très affaiblis, aux paralytiques arrivés à une période avancée. Peut-être y sont-ils disposés par leur mauvais état général, comme ils le sont, à la diarrhée et aux escarres.

2° Les paralytiques généraux offrent une particularité, donnée partout comme un des signes les plus communs de leur maladie : c'est l'inégalité pupillaire. Il serait, je crois, rationnel que ce symptôme cède le pas à un autre de signification plus précise et dont il n'est qu'une conséquence, je veux parler de la rigidité de la pupille. Bien que plus difficile à apprécier, elle doit être recherchée de préférence parce qu'elle ne se rencontre que rarement en dehors des cas de paralysie générale, alors que l'inégalité pupillaire est un symptôme assez fréquent en dehors de cette maladie. Elle est souvent un des signes les plus précoces de la paralysie générale.

C. — *Malformations congénitales, arrêts de développement. — La vision chez les idiots.*

1° L'excavation physiologique de la papille est une anomalie fréquente en dehors des sujets atteints d'aliénation mentale, mais chez ceux-ci, elle est l'apanage sinon exclusif, au moins à peu près constant des dégénérés héréditaires aussi bien des plus élevés que des plus inférieurs, je l'ai toujours rencontrée chez les malades qui présentaient des impulsions au suicide.

2° L'hypermétropie, qui est aussi un arrêt de développement de l'œil, est fréquente chez les dégénérés. Elle ne se présente d'une façon à peu près constante que chez les dégénérés inférieurs, à des degrés variables, dans des limites assez étendues, mais en général d'autant plus élevés que l'intelligence est moindre.

3° Chez les idiots on trouve beaucoup d'autres anomalies des yeux, mais elles n'ont pas de caractère général (cataractes de diverses formes, colobomas, etc.)

J'ai pu examiner environ une cinquantaine d'idiots, tant au point de vue de l'état de l'œil que de la refraction, qui pour chaque sujet a été appréciée par la scotoscopie, au moyen de l'ophtalmoscope à refraction, mais ce dernier procédé n'est souvent pas praticable.

Les idiots présentent au point de vue oculaire de notables différences entre eux. Chez les individus dont l'état mental est à peu près le même, on trouve chez l'un des yeux normaux, chez l'autre un degré élevé d'hypermétrophie.

Cette différence a une raison que j'ai vérifiée toutes les fois que

j'ai pu avoir sur les antécédents du malade des renseignements suffisants. La voici :

Tous les cas d'idiotie ou de faiblesse d'esprit ne relèvent pas de la même cause. Quelle est en effet la signification des hypermétropies et des excavations physiologiques de la papille? Ces arrêts de développements remontent à la vie intra-utérine, la fente sclérale se fermant à cette époque. On doit en général supposer le cas le plus simple; c'est ici que l'arrêt de développement du cerveau et de l'œil se sont produits en même temps sous l'influence d'une cause générale. Les idiots hypermétropes et présentant des anomalies de structure de l'œil sont des individus à cerveau imparfait au moment de la naissance, c'est chez ceux-là probablement que l'autopsie montre des anomalies de forme et de structure des centres nerveux. Ce sont des individus dont le fonctionnement cérébral, dans les meilleures conditions possibles, sera toujours incomplet. Ce sont des infirmes du cerveau.

D'autres naissent bien conformés, mais une maladie de l'enfance (encéphalite, méningite, ossification prématurée des sutures) empêche que leur cerveau puisse utiliser les moyens dont ils disposent. Ce sont des malades ou des déments précoces dont l'état intellectuel négatif devient très analogue à l'idiotie congénitale. Ces individus n'ont aucune raison d'avoir des déformations des yeux.

Cette distinction paraît oiseuse, je crois cependant qu'il peut être quelquefois utile de la faire.

Depuis quelque temps on a fait de nombreuses tentatives pour ameliorer l'état mental des idiots. A la suite de trépanations, les uns ont été améliorés, sont devenus éducables, d'autres sont restés ce qu'ils étaient auparavant. Peut-être en recherchant s'il n'existait pas d'anomalies oculaires eût-on pu prévoir certains insuccès.

Je crois en effet que ceux-là seuls, qui sont nés avec tous les organes nécessaires au fonctionnement intellectuel, peuvent être opérés avec succès si toutefois le cerveau n'a pas été trop profondément atteint depuis.

Les résultats seraient bien plus douteux chez un sujet porteur d'anomalies oculaires ou autres remontant à la vie intra-utérine, à moins que l'arrêt de développement du cerveau ne soit postérieur à la naissance, ce qui est possible, mais en général peu probable.

M. le Président. — Messieurs, l'ordre du jour est épuisé; nous touchons au terme de ces assises qui marquent une étape intéressante dans l'histoire de notre spécialité.

Toutes les questions du programme ont été l'objet d'un sérieux examen. Les rapporteurs, choisis dans le domaine qu'ils connaissaient le mieux, ont, avec autorité, traité les sujets qui leur avaient été confiés. La discussion sur chacun d'eux n'a pas dévié et n'a laissé dans l'ombre aucun point de controverse.

Le nombre considérable et la valeur des communications qui ont rempli nos séances ont montré que parmi nous les travailleurs sérieux ne font pas défaut.

La discussion sur la révision de la loi du 30 juin 1838 a été particulièrement importante. Tous les arguments relatifs à cette grave question ont été produits, et, dans leurs discours, les orateurs ont montré une hauteur de vues et une sincérité bien faites pour entraîner la conviction.

Le vœu qui a sanctionné ces débats a été le corollaire de l'opinion exprimée à l'ouverture du Congrès par M. le Préfet du Rhône, opinion d'autant plus précieuse que cet éminent fonctionnaire avait pu, dans sa longue et brillante carrière administrative, apprécier les avantages de cette loi mémorable, tant décriée et si peu connue.

Avant de quitter ce fauteuil où vos suffrages m'ont appelé, je crois être votre fidèle interprète en vous proposant de voter les plus chaleureux remerciements aux administrations lyonnaises, qui nous ont si bien accueillis, et aux organisateurs du Congrès, qui ont su rendre cette réunion aussi agréable qu'intéressante.

Je vous donne rendez-vous à Blois l'année prochaine. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à six heures.

EXCURSIONS SCIENTIFIQUES

ET

BANQUETS

Le programme du Congrès comprenait trois excursions scientifiques : 1° la visite de l'asile départemental du Rhône, à Bron, et celle de l'asile privé (faisant fonction d'asile public) à Saint-Jean-de-Dieu ; 2° l'excursion à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, à Tain (Drôme); 3° enfin l'excursion de l'asile de Saint-Robert, près de Grenoble, par laquelle le Congrès devait se terminer.

A ce programme il faut ajouter une réception offerte à l'Hôtel de Ville, par M. le Maire de Lyon, fête qui a eu lieu le vendredi soir, 7 août, et le banquet traditionnel qui a réuni la plupart des membres du Congrès, le mardi soir, 4 août.

Nous allons brièvement rendre compte de ces fêtes et excursions par ordre chronologique.

I. — Banquet du Congrès

Ce banquet a eu lieu au Chalet du Parc de la Tète-d'Or, sur le bord d'un lac entouré de jardins ombragés. L'aspect champêtre de ce lieu de réunion, par une belle soirée d'été, n'a pas peu contribué à rendre la fête plus agréable.

Le banquet était de cinquante couverts, tous les membres du Congrès, présents à Lyon, y assistaient.

Au dessert plusieurs toasts ont été portés.

M. Bouchereau, président, a le premier félicité les membres du Congrès de l'empressement avec lequel lis étaient venus, en si

grand nombre, prendre part à une réunion scientifique dont le succès attestait l'utilité. Il a remercié les médecins étrangers et en particulier, M. Mendelsshon, de Saint-Pétersbourg, dont la présence était un témoignage de sympathie qui flattait agréablement notre patriotisme. Il a adressé ses plus sincères compliments aux organisateurs du Congrès. Enfin il a terminé son discours en buvant à la santé de tous les membres du Congrès et au succès des Congrès futurs.

M. Carrier a répondu, au nom des organisateurs, en remerciant M. Bouchereau des paroles aimables qu'il venait de leur adresser. Ils sont largement récompensés de leur peine par l'empressement avec lequel on a répondu à leur appel. Il porte la santé des deux présidents présents, MM. Ball et Bouchereau. Il porte aussi celle de M. Magnan, de la présence duquel il se félicite particulièrement, en rappelant que c'est à l'internat de Lyon, sous la direction du regretté professeur Arthaud, que M. Magnan a commencé une carrière, que, plus tard, il devait si brillamment remplir. Il boit enfin à tous les membres du Congrès, y compris les absents, qui, par leur précieuse adhésion, ont permis la réussite de cette réunion scientifique. Elle restera dans la mémoire des Lyonnais, comme un de leurs plus agréables souvenirs.

M. Mendelsshon se lève à son tour et dit que, s'il n'est pas d'un pays de langue française, il appartient du moins à une nation où c'est en français que l'on apprend la science en général et plus spécialement la psychiatrie que tant de Français ont illustrée. Il termine en remerciant de l'accueil si cordial qui lui est fait.

M. Ladame s'est ensuite exprimé en ces termes :

Monsieur le Président, Messieurs,

M. Bouchereau vient de saluer la présence des médecins suisses à ce Congrès par d'aimables paroles auxquelles j'ai le devoir de répondre.

Vous avez décidé, au Congrès de Rouen, de convoquer désormais les médecins aliénistes de langue française à vos congrès nationaux. Cette résolution nous a réjouis et a été vivement appréciée par les médecins suisses.

Je suis sûr d'être leur interprête en vous exprimant nos sentiments de gratitude et en vous félicitant de cette initiative.

Nous sommes heureux, je dois le dire, de répondre à votre appel en commençant par Lyon. Nous aimons et nous admirons notre grande voisine; nous suivons avec sympathie son beau développement scientifique.

Les relations de nos populations deviennent chaque année plus intimes et plus cordiales. Hier nous recevions à Genève vos vaillants gymnastes dans un concours international, et en arrivant ici j'ai entendu les applaudissements que vos braves citoyens prodiguaient, sur la place Bellecour, à un corps de musique genevois.

Nous avons saisi avec empressement l'occasion de venir au milieu de vous. D'abord, pour nous enrichir de votre science et des enseignements si multiples que vous nous offrez, puis aussi pour resserrer les liens d'amitié qui nous unissent.

Merci, Messieurs, au nom des médecins suisses pour votre réception chaleureuse. Je porte un toast à la ville de Lyon et au Comité d'organisation du Congrès.

Après le repas, les membres du Congrès se sont réunis sur des terrasses, où des conversations animées et empreintes de la plus franche cordialité se sont prolongées fort avant dans la soirée.

On s'est ensuite séparé en se donnant rendez-vous pour le lendemain matin à l'asile de Bron.

II. — **Visite à l'asile de Bron**

Le mercredi 5 août, à neuf heures du matin, les membres du Congrès ont visité l'asile départemental du Rhône, situé à Bron, à 4 kilomètres de Lyon; les tramways à vapeur comprimée ont transporté les visiteurs; ils ont été reçus à leur arrivée par M. Tondu, directeur, MM. les docteurs Pierret et Brun, médecins en chef, et M. Rousset, médecin adjoint.

Le laboratoire d'anatomie pathologique et d'anthropologie de M. Pierret a tout d'abord attiré l'attention des congressistes; puis ils ont successivement visité les divers services de l'asile et en ont admiré l'heureuse disposition.

On remarquait parmi les assistants, outre les membres du Congrès, M. le Préfet du Rhône, M. Rebatel, président du Conseil général, les membres de la commission de surveillance

de l'asile, et de nombreux conseillers généraux. Vers midi, toutes les personnes présentes se trouvaient réunies sous les galeries de l'asile autour d'une immense table. gracieusement décorée, où était servi un superbe déjeuner. Pendant le repas s'est fait entendre l'excellente musique de l'asile composée exclusivement de gardiens de l'établissement.

Au dessert, de nombreux toasts ont été portés dans l'ordre suivant :

M. Rivaud, *préfet du Rhône*, a pris le premier la parole en ces termes :

Messieurs,

J'espère que les membres du Congrès garderont un bon souvenir de l'accueil qui leur est fait à Lyon et particulièrement dans ce grand asile, si plein aujourd'hui, et que leur travaux et leur science doivent contribuer à rendre désert.

Je lève mon verre au Président du Congrès de médecine mentale, à l'éminent docteur Bouchereau, et à ses savants confrères, qui l'assistent au bureau du Congrès;

Aux médecins étrangers qui ont pris place à ce banquet;

A nos amis et voisins les Suisses, dont les concitoyens sont venus récemment, en si grand nombre, au Concours national de tir de Lyon, nous apporter, comme eux, une affirmation nouvelle de l'inaltérable amitié qui unit les deux Républiques;

A M. le docteur Mendelsshon, représentant ici la grande nation, qui faisait hier un si splendide accueil aux marins de notre escadre;

Que M. Mendelsshon emporte la conviction que ces manifestations ont soulevé, dans tous les cœurs français, une émotion ineffaçable et que nous éprouvons tous, pour son pays, des sentiments identiques de profonde sympathie.

M. Bouchereau répond à M. le Préfet et le remercie des paroles qu'il lui a adressés.

Le département du Rhône, dit-il, est riche à la fois, par son sol, par l'intelligence de ses enfants, par les hommes illustres qu'il a fournis;

Les noms des Lyonnais sont inscrits partout au premier rang.

M. Bouchereau porte un toast aux médecins étrangers qui ont bien voulu apporter à cette œuvre de science l'appui de leur autorité, de leurs connaissances et de leurs lumières.

Il félicite le Conseil général du Rhône de la dotation donnée à l'asile départemental.

Il a visité en France et en Europe bien des asiles d'aliénés; jamais il n'a rencontré un établissement mieux compris et mieux organisé que celui de Bron.

Il emportera, ainsi que tous ses collègues, le meilleur et le plus durable souvenir de l'accueil qui lui a été fait à Lyon et de la réception cordiale de ce jour.

Il boit à la santé de M. le Préfet du Rhône et du Président du Conseil général, aux fondateurs de l'asile, qui est, pour les visiteurs, un modèle, en même temps qu'un sujet d'admiration, et enfin aux membres du Conseil d'administration, au directeur, aux médecins et fonctionnaires dont le zèle et le dévouement se manifestent partout.

M. Nolot, *conseiller général, président de la commission de surveillance.* — Messieurs, c'est à mes fonctions de président de la Commission de surveillance de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, que je dois l'honneur de prendre la parole au milieu de vous. Ces fonctions, je les remplis depuis peu de temps, et, quoique conseiller général, je ne suis pas médecin. Vous devinez mon embarras. D'autant plus, messieurs, que plusieurs de mes collègues de la Commission étaient mieux qualifiés que moi, par leur ancienneté et leur savoir, pour remplir la mission dont je suis chargé. Ainsi on trouve le nom du docteur Terver mêlé aux choses de l'asile depuis 1876. A cette époque, mon collègue M. Terver, alors président du Conseil général, etait nommé président d'une commission d'étude pour préparer le programme d'un projet d'agrandissement de l'asile, dont la population devait pouvoir atteindre le chiffre de 1,500, au lieu de 600 seulement, chiffre en vue duquel l'asile avait d'abord été construit. Un autre de mes collègues faisait aussi partie de cette commission d'étude, c'est M. Debolo, à cette époque conseiller général, aujourd'hui adjoint au maire de Lyon. Et puis, ne vois-je pas ici, à la droite de M. le Préfet, mon honorable prédécesseur, M. le Dr Rebatel, président du Conseil général, qui pendant de longues années a été président de la commission de surveillance et dont les talents administratifs étaient puissamment secondés par sa science médicale? Lui

aussi eût eu qualité, beaucoup plus que moi, pour prendre la parole devant une si savante assemblée, qui conserve pour moi tout son caractère intimidant, même après une séance de déjeuner. Mais, s'il ne préside plus la commission de surveillance, nous n'y perdrons rien aujourd'hui, car il aura à parler tout à l'heure comme président de l'assemblée départementale. C'est donc, comme vous le dites, un administrateur nouveau, presque novice, et un parfait profane en matière de médecine, qui est aujourd'hui chargé de vous souhaiter la bienvenue. Mais je ne le fais pas moins de grand cœur, et nous avons été très heureux, messieurs, de vous voir accepter notre modeste invitation.

Vous avez visité notre asile, Messieurs, pour lequel le département dépense de grosses sommes. J'espère que vous aurez constaté que les résultats acquis ne sont pas en disproportion trop grande avec les sacrifices consentis. J'espère aussi que vos constatations nous serviront à tous de stimulant pour mieux faire. Car c'est là tout notre désir; c'est le désir de tous les hommes de cœur.

Qui donc, en effet, ne s'intéresserait à vos savants travaux? Parmi les maladies qui frappent les hommes, en est-il une plus troublante. plus effroyable, plus terrible. Qui ne choisirait plutôt tout l'ensemble des maladies les plus douloureuses et la mort même, s'il avait le choix, plutôt que cette terrible lésion organique, qui fait que l'homme n'est plus un homme, puisqu'elle lui enlève la raison? Et malheureusement pourtant, il semble que l'aliénation mentale soit plutôt en progrès, si l'on en juge par l'accroissement constant de la population des asiles. Lorsqu'on eut transféré ici les aliénés placés à l'hospice de l'Antiquaille, au nombre de 598, il y a de cela 14 ans, la population dépassa un peu le chiffre de 1,000; le 31 juillet dernier, elle atteignait le chiffre de 1,499, dont 162 pensionnaires et 1,337 indigents.

Il n'y a donc pas de société médicale, parmi celles qui se réunissent périodiquement, qui mérite plus d'intérêt que celle des aliénistes. Philosophes et penseurs, administrateurs et sociologues ont les yeux fixés sur vous, messieurs, et attendent de vos discussions la solution des multiples problèmes que soulève la question de l'aliénation mentale. La difficulté de rattacher les phénomènes d'un ordre purement intellectuel aux conditions morbides, en vertu desquelles ils se manifestent, et souvent l'impossibilité de constater la lésion matérielle d'où dépendent les

troubles, quelquefois les plus violents de l'intelligence, nous donnent assez à entendre, à nous qui sommes étrangers à votre science, que la tâche que vous entreprenez est de longue haleine, qu'il faudra un long temps encore pour que la vérité, qui est une, se montre avec l'éclat de l'évidence et fasse disparaître parmi les savants toutes les divergences.

Mais, en attendant, nous sommes sûrs que de vos congrès sortira progressivement l'amélioration matérielle et intellectuelle de cette trop nombreuse classe de malheureux, pour lesquels les départements et les communes font sans hésitation les plus coûteux sacrifices.

Je lève donc mon verre à vous tous, messieurs, au succès de vos congrès, aux progrès de la thérapeutique spéciale dont vous êtes les pionniers éminents, à l'amélioration par vos travaux du régime toujours perfectible de nos asiles, et par conséquent je bois aussi à cet avenir lointain où l'on verra ces mêmes asiles se dépeupler et votre clientèle spéciale disparaître.

M. Magnan porte un toast ému à la mémoire du professeur Arthaud, son ancien maître, à ce savant modeste et bon, qui, pendant de longues années, a été à Lyon le représentant le plus digne de notre spécialité, et qui fut le premier directeur et le véritable fondateur de cet asile.

M. Fetscherin, *directeur de la Métairie à Nyon* (Suisse), parlant au nom des médecins suisses, a remercié d'abord M. le Préfet de l'accueil chaleureux qu'il leur avait fait.

Il félicite ses confrères français des grands progrès réalisés dans les soins que l'on donne à nos pauvres amis, les aliénés de toute condition.

Il admire l'organisation et les belles dispositions de l'asile que nous venons de visiter dans tous ses détails.

Il reconnaît avec plaisir que, de plus en plus, on cherche à occuper utilement les malades aux travaux de la campagne, au lieu de les laisser entassés dans des salles où ils s'abrutissent encore davantage.

Il espère que ces tendances seront de plus en plus couronnées de succès.

Il boit à la prospérité de la France et particulièrement à tous les efforts des aliénistes et des autorités pour améliorer le sort de nos malades.

M. Tondu, *directeur de l'asile*, remercie M. le Préfet d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette fête.

C'est un grand honneur pour l'asile et en même temps un témoignage public de l'intérêt bien connu que M. le Préfet porte à toutes les questions philanthropiques et humanitaires.

L'administration lui en sera très reconnaissante et redoublera d'efforts pour être à la hauteur de la grande tâche dont elle a la charge.

M. Tondu salue le Président du Conseil général qui a présidé pendant plusieurs années la commission de surveillance avec autant d'autorité que de compétence, il salue aussi les membres du Conseil général du Rhône qui ont bien voulu se rendre à cette réunion.

Si des félicitations ont été adressées à l'établissement qu'il dirige, M. Tondu en reporte la plus grande part à ses collaborateurs de tout ordre, à la Commission de surveillance et surtout aux médecins de l'asile dont l'éloge n'est plus à faire; il est sur toutes les lèvres et plus encore dans le cœur des malades guéris, et de leurs familles reconnaissantes.

La visite des médecins aliénistes ne sera pas seulement pour l'asile un grand honneur, le directeur espère qu'il en résultera quelque amélioration soit dans les soins et le traitement des malades, soit dans l'organisation des services.

Des préventions ont existé, et peut-être existent encore contre l'asile; elles doivent disparaître.

L'asile de Bron n'est plus; l'asile départemental des aliénés du Rhône est né; c'est vers lui, vers son développement et sa prospérité que tendent désormais tous les efforts de l'administration et de la direction.

En terminant il porte un toast au Préfet du Rhône, au Président du Conseil général et aux membres du Conseil qui tous portent un intérêt si vif à l'établissement.

M. Rebatel, *Président du Conseil général*, clot la série des toasts en disant que si le Conseil a fait de grands sacrifices pour l'asile, il s'estime suffisamment payé, et doit se féliciter de son œuvre, puisque les savants, ses hôtes, l'apprécient hautement, et la trouvent à tous égards digne d'admiration.

III. — Visite à l'asile des Frères de Saint-Jean-de-Dieu

Le soir du 5 août, au retour de Bron, le Congrès a visité l'établissement des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, situé sur la rive gauche du Rhône.

Les membres du Congrès ont été reçus par le Prieur de l'Ordre des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, qui remplit les fonctions de Directeur de l'asile, par M. le Dr Edouard Carrier, médecin en chef, et M. le Dr Olivier, médecin adjoint.

Cet établissement ne contient que des hommes, il est privé, mais il fait fonction d'asile public pour les indigents du département de la Loire, un pensionnat important y est annexé. La population est d'environ 800 malades.

La vaste superficie des terrains et l'aération largement comprise des bâtiments rappelle les modèles anciens. Mais on a su tirer un parti fort intelligent de locaux autrefois défectueux. Les visiteurs ont été frappés de la bonne tenue de cet asile dans tous ses détails. Le personnel est presque entièrement religieux, son éducation professionnelle a paru très satisfaisante et au-dessus de la moyenne qu'on rencontre habituellement dans les asiles privés.

On a terminé cette journée par la visite de la Faculté de médecine, dont les professeurs Pierret et Lacassagne faisaient les honneurs, avec leur amabilité habituelle.

IV. — Excursion à l'Etablissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme)

Le jeudi 6 août, à 9 heures du matin, on se réunissait à bord du bateau le *Gladiateur*, et l'on descendait le Rhône jusqu'à Tain. Pendant le trajet, un déjeuner confortable a été servi aux membres du Congrès, qui n'ont cessé d'admirer les rives pittoresques de notre beau fleuve.

Arrivés à Tain, les congressistes sont reçus sur le ponton du

bateau par M. le Dr Tournaire, médecin de l'établissement qu'entoure toute la population accourue pour les saluer. De là, ils sont conduits, en voitures, à l'établissement, situé dans une magnifique propriété sur le bord du Rhône.

Après une très gracieuse allocution prononcée par M. Tournaire pour souhaiter la bienvenue aux visiteurs, M. Bouchereau remercie, au nom des ses confrères, et la visite commence.

L'établissement est dirigé par des sœurs de Saint-Vincent de Paul, il contient environ 270 épileptiques des deux sexes, dont la moitié environ sont des pensionnaires payant un prix de pension relativement assez élevé.

On a remarqué l'excellente tenue des bâtiments, l'aspect riant des jardins, et surtout l'absence de barrières entre les différentes sections, qui témoigne de l'excellente discipline qui y est observée. Les malades y jouissent d'une grande liberté.

Une chapelle monumentale et une salle de fêtes très gracieusement ornée ont particulièrement attiré l'attention des visiteurs.

Après la visite, les congressistes prennent le chemin de fer qui les ramènent à Lyon à 6 heures du soir, après une journée bien remplie, dont tout le monde a paru satisfait.

V. — Fête de l'Hôtel de Ville

Le vendredi soir, 7 août, M. le Dr Gailleton, professeur à la Faculté de médecine et maire de Lyon, avait convié tous les membres du Congrès à une soirée à l'Hôtel de Ville. La plupart de nos confrères se sont rendus à cette fête, qui a été très brillante, et où ils ont reçus de la part de M. le Maire et des membres de la Municipalité le plus cordial accueil. M. le Préfet du Rhône, les secrétaires généraux, beaucoup de conseillers généraux et municipaux y assistaient ainsi que la plupart des notabilités de la ville.

VI. — Visite à l'asile départemental de Saint-Robert (Isère)

Le 8 août, les membres du Congrès, au nombre de 30, se sont rendus à l'asile départemental de l'Isère, à Saint-Egrève, près

Grenoble. A leur arrivée à la gare, les congressistes sont accueillis par MM. Dupéron, président de la Commission de surveillance, Dr Dufour, directeur; Beyaud, économe; Paulin, receveur; Boyer, secrétaire; Charvin, commis d'économat; Balme, aumonier; Payre, interne de l'asile; MM. Péronnet, maire de Saint-Egrève, président du Conseil d'arrondissement, Poulat et Gruyer, conseillers généraux.

Après les présentations d'usage, le cortège prend le chemin de l'asile, qui apparait tout pavoisé et tout riant dans cette belle matinée d'été.

La visite en détail est remise à l'après-midi, et tous les hôtes se rendent au réfectoire, où est servi le déjeuner.

Parmi les convives, on remarque toutes les personnes citées plus haut auxquelles s'est joint M. le Dr Berthollet, de Grenoble.

Au dessert, M. Dupéron a pris le premier la parole :

« C'est un honneur pour l'asile de Saint-Robert, dit-il, que de « recevoir la visite des princes de la science aliéniste. L'asile, « d'ailleurs, n'est pas indigne d'une telle faveur.

« Sa supériorité est due surtout au dévouement de M. le « docteur Dufour, qui n'est pas seulement un médecin savant, « mais encore un agronome distingué.

« Il est d'ailleurs admirablement secondé par tout son per- « sonnel, et des félicitations toutes spéciales sont dues aux « infirmiers, dont la condition est si modeste et le devoir si « pénible. »

L'orateur termine en remerciant M. Robert, préfet de l'Isère, dont la sollicitude pour l'asile est infinie, et le Conseil général, il porte un toast aux délégués du Congrès aliéniste.

M. Bouchereau, *président du Congrès*, répond en buvant à la santé du président de la commission, du conseil général de l'Isère, de M. Dufour et de tous ses collaborateurs.

M. Long (de Genève) prend la parole au nom des médecins suisses : il remercie ses collègues français de l'accueil qui leur a été fait ; leurs visites aux différents hospices de Lyon serviront dans la construction d'un hospice à Genève.

« Nous emportons, dit M. Long, en terminant, un excellent « souvenir de ce séjour en France ; nous garderons la triple « reconnaissance du cœur, de l'intelligence et... de l'estomac.

« Je bois aux membres du Congrès et aux administrateurs de « l'asile de Saint-Robert. »

M. le Dr Dufour prend ensuite la parole. La première phrase est le toast d'usage, toast très justement applaudi, à M. Carnot, président de la République. Puis il prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

C'est un honneur et une fête pour l'asile de Saint-Robert de recevoir aujourd'hui les visiteurs éminents qui nous entourent. Je les remercie d'avoir répondu à notre invitation.

Empêché de participer aux travaux du Congrès de Lyon, je suis heureux de pouvoir saluer quelques-uns de ses membres, et particulièrement ceux de nos confrères étrangers qui ont bien voulu venir jusqu'ici. Je sais gré également à MM. les membres du Conseil général, ici présents, et à la municipalité de Saint-Egrève d'avoir bien voulu prendre place parmi nous. M. le préfet de l'Isère, retenu par des engagements antérieurs, m'a exprimé tous ses regrets de ne pouvoir présider lui-même cette réception.

Vous allez, dans quelques instants, parcourir notre établissement. L'asile de Saint-Robert a été installé, au commencement du siècle, sur l'emplacement d'un ancien prieuré datant de l'an 1000. Il a été agrandi et reconstitué, il y a trente ans, sous l'administration du docteur Evrat, son véritable fondateur.

Evrat, dont un de nos pavillons porte le nom, a laissé dans ce pays un souvenir impérissable.

Avant lui, l'établissement de Saint-Robert était une prison, horrible et puante, renfermant les aliénés, les filles-mères, les vénériennes. Après des luttes contre tous, qui ont empoisonné son existence, il parvint à imposer sa volonté, qui était celle de la science et de la raison, et le nouvel asile fut créé.

Plus heureux que lui, nous pouvons voir aujourd'hui le gouvernement de la République faire de plus en plus et sans conteste, à la science, la part qui lui appartient dans la direction des affaires, qui sont de sa compétence principale.

Il n'en était pas toujours de même à une autre époque.

Evrat, dit le docteur Berthier, dans ses excursions scientifiques de 1862, représente la lutte sous toutes ses faces, avec soi, avec ses semblables, avec ses chefs, avec ses subalternes ; lutte

de l'esprit du bien contre l'esprit du mal, du progrès contre la routine, de la science contre l'ignorance et le parti pris.

Cet homme, qu'on a appelé, dans son temps, *le martyr de la spécialité*, a eu néanmoins la satisfaction d'achever, en grande partie, son œuvre.

Elle lui fait honneur, ainsi qu'à ceux qui l'ont soutenu; elle fait honneur au conseil général de l'Isère, qui a toujours entouré l'asile de sa bienveillante sympathie.

La postérité impartiale, a dit l'écrivain que nous venons de citer, réserve à Evrat une place parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Oui, Messieurs, Evrat, dont la douce physionomie nous domine, fut un de ces hommes, et je remplis un pieux devoir en rendant cet hommage à sa mémoire.

L'asile de Saint-Robert, conçu primitivement sur un plan de pavillons isolés, pour quatre cents malades, a été successivement agrandi et en renferme aujourd'hui plus de neuf cents. La superficie est de plus de 15 hectares, dont 10 environ occupés par les bâtiments. Il a coûté un peu moins de 2 millions en achat de terrains et en constructions, soit environ 2,000 fr. par place; ce qui est assurément peu, étant données la dissémination et l'importance des bâtiments.

Nos ressources sont modestes, aussi ne trouverez-vous rien de luxueux ni de superflu dans la maison. Nous nous efforçons de rendre notre action aussi paternelle que possible et d'amoindrir l'idée de séquestration, dans ce qui entoure nos malades. En parcourant l'établissement, vous verrez que la contrainte corporelle est ici à peu près totalement abolie, la camisole de force n'y est employée que deux ou trois fois l'an, dans des circonstances temporaires et exceptionnelles, lorsqu'il s'agit de prémunir l'aliéné contre lui-même. Vous avez sous les yeux le plan de l'asile, dont l'exécution appartient à MM. Riondel père et fils, les architectes émérites qui ont réalisé, dans leurs constructions, les indications fournies par les médecins. Dans quelques instants, vous visiterez nos pavillons, nos services administratifs, notre colonie agricole. L'asile, dont les besoins se modifient chaque jour, s'agrandit sans cesse; aidé des conseils éclairés de la commission de surveillance, nous tâchons de l'adapter, pour le mieux et selon nos moyens, aux nécessités croissantes du moment; tout est loin d'y être au complet ni fini : nous nous estimerons heureux, mes collaborateurs et moi, si, cette journée terminée, nous pouvons compter sur l'approbation de nos hôtes.

En terminant, M. Dufour remercie gracieusement la presse grenobloise, qui s'est rendue aujourd'hui à Saint-Robert, et dont le concours a toujours été si complètement acquis à l'asile départemental.

Après le déjeuner, la visite de l'asile a commencé. On a constaté l'heureuse disposition des bâtiments, le confortable et la bonne tenue de tous les services. Dans les sections, on a remarqué la multiplicité des quartiers de classement et le nombre très suffisant du personnel de surveillance (120 pour 900 malades).

Le non restreint est par suite appliqué dans la plus large mesure. Les cellules, au nombre de quarante, bien disposées, complètent ce système excellent à tous points de vue. L'exploitation agricole, qui fait l'objet de la sollicitude toute particulière de M. Dufour, permet d'employer un grand nombre de malades (150 environ).

Le Congrès a pu admirer les excellents résultats obtenus.

TABLE DES MATIÈRES

Procès-verbaux des séances


MÉDECINE DE PARIS